ROK V WARSZAWA 1931 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Praktyczne wiadomości z hormonologji w zakresie chorób kobiecych

podał:
T. ZAWODZIŃSKI.
Asystent kliniki Ginekologiczno-Położ. U. W.

Hormonologja w obecnym stanie swego rozwoju jeży się od mnóstwa doświadczeń na zwierzętach, które zdają się nie mieć nic wspólnego z praktyczną ginekologją i położnictwem. Stan ten przeraża większość lekarzy praktyków, dla których słowo hormonologja jest synonimem nudnych wywodów teoretycznych popartych mało przekonywującemi doświadczeniami na myszach, szczurach i królicach. Toteż głos ogólny świata praktycznej medycyny żąda krótkiej i węzłowatej odpowiedzi na pytanie: w jakich stanach chorobowych, jakie preparaty hormonalne i w jakich dawkach należy stosować, aby uzyskać efekt niezawodny?

Pomiędzy dwoma temi krańcowemi stanowiskami należy, jak się zdaje, zająć pośrednie, stwierdzające, że, bez zrozumienia mechanizmu działania poszczególnych hormonów z jednej strony, z drugiej zaś bez zasadniczych wiadomości z fizjologji hormonalnej narządów płciowych żeńskich, niemożliwe jest trafne stosowanie praktyczne organo-preparatów, zwłaszcza w przypadkach mniej typowych tak pod względem patogenezy, jak przebiegu.

Przedmiotem niniejszego artykułu ma być dział hormonologji odnoszący się do nauki o chorobach kobiecych i położnictwa, a celem — wyjaśnienie praktycznego zastosowania preparatów hormonalnych z jednoczesnym podaniem krótkich wiadomości o teoretycznych podstawach tego stosowania.

Zacznijmy od przeglądu naszego arsenału leczniczego w zakresie ginekologicznej opoterapji. Mamy więc przedewszystkiem

wszczepianie całego jajnika, dalej wyciągi całkowitego jajnika, następnie wyciągi z jajnika ale oddzielnie wyodrębniony zeń hormon płynu pęcherzyka Graafa, oddzielnie — ciałka żółtego; zkolei idą preparaty t. zw. follikuliny, czyli hormonu pęcherzyka Graafa, ale wytwarzane z moczu kobiet ciężarnych. Od czasu głośnych prac *Zondek'a* i *Aschheima* nad przysadką mózgową zwłaszcza jej przedni płat zaliczono do gruczołów wewnątrz-wydzielniczych o wybitnem działaniu pobudzającym narządy płciowe żeńskie. W związku z tem wytworzono i puszczono do handlu wyciągi z przedniego płata przysadki mózgowej (okazały się nieczynne) i preparaty o działaniu biologicznem podobnem, ale wytwarzane z moczu kobiet ciężarnych (Prolan, Prähormon, Antephysan, i inne). W ostatnich czasach wypuszczono na rynek farmaceutyczny preparaty zawierające wyosobnioną frakcję hormonu przedniego płata przysadki mózgowej tak zwany Prolan A, mający szczególnie energicznie pobudzać do wzrostu pęcherzyk Graafa, a co zatem idzie cały narząd rodny. Drugiej frakcji hormonu przedniego płata, wywołującej luteinizację w jajniku (powstanie licznych ciałek żółtych), czyli t. zw. Prolanu — B nie udało się dotąd otrzymać w czystej postaci.

Łożysko w całości stosowano oddawna w opoterapji ginekologicznej, ale wyodrębnienie z niego kilku hormonów o zdefiniowanej fizjonomji biologicznej udało się stosunkowo niedawno i preparatów tych jeszcze na rynku naszym nie posiadamy. Całe zaś łożysko jest prawdopodobnie mieszaniną hormonu o typie follikuliny, z hormonami o typie Prolanu — A i Prolanu — B, czyli wydzielanemi przez przedni płat przysadki mózgowej. Wreszcie na zakończenie przeglądu preparatów hormonalnych wytworzonych z wydzielin kobiety ciężarnej, wspomnieć należy o bardzo dzielnym środku leczniczym a mianowicie surowicy względnie krwi kobiet ciężarnych. Jak wiadomo wszystkie gruczoły o wydzielinie dokrewnej są ze sobą powiązane w ścisłą korrelację, tak że na narządy płciowe kobiety oddziaływują poza jajnikiem, przysadką mózgową i łożyskiem, względnie hormonami ciąży, jeszcze tarczyca, grasica, trzustka, nadnercza i t. d.

Arsenał środków hormonalnych, jak widzimy, jest dość bogaty i gdyby działanie ich było niezawodne i zawsze jednakowe to zadanie niniejszego artykułu ograniczyć by się powinno do krótkich wskazówek, który gdzie i kiedy preparat zastosować. Niestety tak nie jest, gdyż korrelacja gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu jest bardzo złożona, wpływ czynników dodatkowych, jak układu nerwowego autonomicznego — niewątpliwy, a odczynowość indywidualna bardzo rozmaita; jeśli dodamy do tego niestałą wartość preparatów organoterapeutycznych to stanie się nam jasne, że praktyczne leczenie hormonami wymaga poważnego zastanowienia się nad każdym przypadkiem i unikania schematycznego sposobu myślenia.

W zasadzie mechanizm działania leków hormonalnych może być trojaki: zastępczy, pobudzający i hamujący.

a) Działanie zastępcze w ginekologji przedstawia się bardzo prosto: jedynym gruczołem płciowym kobiecym w ścisłym tego słowa znaczeniu jest jajnik; to też podać jajnik całkowity względnie dzielony na swe części składowe: pęcherzyk Graafa i ciałko żółte wystarczyć powinno i wystarcza istotnie w przypadkach, gdzie jajnika niema lub działać przestał, a więc przedewszystkiem w przekwitaniu naturalnem czy sztucznem (po operacyjnem wycięciu lub rentgenowskim zniszczeniu jajników). Ściśle mówiąc do terapji zastępczej służyć mogą: przeszczepianie całego jajnika zwierzęcego, lepiej kobiecego, najlepiej własnego, o ile takowy w czasie operacji musi być ze swego stałego miejsca usunięty, dalej podawanie całego jajnika sproszkowanego, względnie wyciągów zeń, i wreszcie wyosobnionych hormonów pęcherzyka Graafa lub ciałka żółtego, lub obydwu razem jednocześnie czy kolejno.

Który z wymienionych sposobów leczenia przełożyć nad inne? W swoim czasie rokowano wielką przyszłość przeszczepianiu jajników jako terapji zastępczej. Z biegiem czasu, po wielu doświadczeniach oka-

zało się jednak, że jajnik przeszczepiony działa zaledwie w 50% przypadków i to względnie krótko, bo najwyżej 2 — 3 lat; dalej okazało się, że działanie to jest skutkiem resorbcji tkanki jajnikowej, jako ciała obcego, a nie istotnego życia jajnika w sensie cyklicznych przemian z wytworzeniem się pęcherzyka Graafa i ciała żółtego. Zabieg ten więc dający około 2% śmiertelności, dość znaczny odsetek przedłużonego gojenia się z ropieniem, nie opłaca się wobec swych niepewnych wyników. Natomiast wszczepienie jajników własnych w czasie operacji, podczas której musiały być one usunięte ze względów technicznych, jest zabiegiem bardzo godnym polecenia; jeśli nawet jajniki przeszczepione nie przyjmą się lub będą działać krótko — mamy zawsze na swoje wytłomaczenie to, że nie poddaliśmy chorej osobnemu zabiegowi, a co zatem idzie, ryzyku śmierci lub choroby.

Podawanie zastępczo pacjentce całego jajnika, zazwyczaj w postaci sproszkowanej zamienionej następnie w tabletki, jest najstarszą formą leczenia i może najbardziej polecenia godną.

Ma ona jednak wielką wadę, a mianowicie brak objektywnego sprawdzianu wartości leczniczej tabletek jajnikowych. Nietylko bowiem odgrywa tu rolę materjał z jakiego owe tabletki zostały wytworzone i to tak pod względem ilościowej zawartości substancji jajnikowej, jak pod względem świeżości materjału i okresu, z jakiego, w cyklu płciowym, jajnik pochodzi; poza wymienionemi względami bodaj czy nie ważniejsza jest trwałość wartości hormonalnej preparatu, będąca pod znakiem zapytania.

Zrozumiałą jest rzeczą, że wobec takiego stanu rzeczy zaufanie do firmy produkującej tabletki jajnikowe stało się regulatorem ich powodzenia. Stąd rozgłos i powodzenie organopreparatów zagranicznych jak *Lumiére'a*, *Parke-Davis'a*, *Richter'a* i innych, tembardziej, że, niestety, przed kilku laty nie wszystkie firmy krajowe, produkujące owe tabletki jajnikowe, stały na wysokości zadania. Obecnie trzeba powiedzieć, sprawa omawiana uległa znacznej poprawie, tak, że większość preparatów jajnikowych daje dobre wyniki w terapji zastępczej.

Zarzucano wielokrotnie terapji tabletkami, że jest ona nie czynna z tego powodu, iż hormonalna zawartość organopreparatów pod wpływem soków trawiennych traci swe działanie lecznicze. Zarzut ten pochodzi z przed paru lat, kiedy to żądano wielkim głosem koniecznie preparatów rozpuszczalnych i to koniecznie w wodzie, aby móc podawać je w injekcjach. Obecnie zarzut ten nie ostał się badaniom doświadczalnym. Prawda, że stały się one wogóle możliwe od czasu wypuszczenia w świat preparatów w postaci injekcji, i to często pochodzącym nie z jajnika (o czem poniżej), ale niezależnie od tej okoliczności, uznać należy za udowodnione, że preparaty typu hormonu jajnikowego działają niewątpliwie po podaniu per os, jedynie dla uzyskania tego samego efektu potrzeba (u zwierzęcia) dawek parokrotnie większych.

Dawkowanie organopreparatów, oto jedna z kwestji bardzo żywo interesujących lekarza-praktyka. Jest ona szerzej omówiona, jeśli chodzi o jednostkowane preparaty pochodzące z moczu. Odnośnie do wyciągów całkowitego jajnika, względnie jego sproszkowanej postaci, sprawa dawek w terapji ginekologicznej pozostaje nadal otwarta, gdyż działanie tych preparatów zależy w dużym stopniu od indywidualnych właściwości osób leczonych. Przeciętnie stosujemy 6 tabletek dziennie. Jest to oczywista dawka najzupełniej dowolna.

Ale jak dotąd nie wiemy właściwie, do jakiej dawki dążyć powinniśmy. Może wykaże to wieloletnie dopiero doświadczenie kliniczne.

Omawiane dotychczas zastępcze stosowanie jajnika odnosiło się prawie wyłącznie do przekwitania naturalnego lub sztucznego. Ponadto wspomnieć wypada o stosowaniu preparatów ciałka żółtego w przypadkach krwawień macicy o podkładzie hormonalnym, jak również tam, gdzie zwalczamy grożące poronienie. Dokładniejsze omówienie leczenia obydwu tych stanów odkładam na później.

b) Przechodzę zkolei do najobszerniejszej grupy wskazań organoterapji, a mianowicie do leczenia pobudzającego. Jest to grupa nietylko najobszerniejsza, ale i najbogatsza w niezawsze uzasadnione hypotezy, a także najbardziej szafująca wynikami doświadczeń

na zwierzętach, o których też wypadnie mi słów parę powiedzieć.

Od czasu klasycznych prac i ustalenia test'u *Allen-Doisy'ego* wiadomo, że t. zw. hormon płciowy żeński odpowiadający (z wydzielin kobiety) najbardziej płynowi pęcherzyka Graafa (follikulinie), wywołuje w pochwie samicy gryzonia kastrowanego objawy tak zwanej ruji, to jest mocny wzrost nabłonków śluzówki pochwy, rogowaciejących i złuszczających się w następstwie. Praktycznie rozpoznajemy stan ten na zasadzie rozmazów z pochwy, wykazujących obecność samych tylko złuszczonych nabłonków bez domieszki innych elementów, jak śluz, leukocyty i nabłonki jądrzaste.

Opisany wyżej wpływ t. zw. hormonu płciowego żeńskiego na pochwę niema dla patologji kobiecej żadnego praktycznego znaczenia.

Jest on natomiast podstawą standaryzacji preparatów t. zw. hormonu płciowego, czyli określenia, ile jednostek mysich czy szczurzych zawiera jednostka objętościowa czy wagowa preparatu.

Pobudzający wpływ na macicę zwierząt doświadczalnych wykazuje t. zw. hormon płciowy (follikulina) i to tak na macicę rosnącą zwierzęcia niedojrzałego, jak dojrzałego i wytrzebionego. Pobudzenie to odnosi się tak do mięśniówki, jak do śluzówki macicy, wywołując w pierwszej powiększenie się ilości elementów komórkowych (hyperplasia), a w drugiej rozrost gruczołów, jednak bez oznak wydzielania.

Ciałko żółte pobudza w macicy do przerostu poszczególne elementy, czyli powoduje powiększenie ich objętości; odnosi się to przedewszystkiem do mięśniówki; natomiast gruczoły śluzówki wykazują obok przerostu jeszcze objawy wydzielania, czyli to, co stanowi zasadniczą cechę okresu przedmiesiączkowego (stadium praegravidum).

Jak widzimy dotychczas mowa jest tylko o działaniu pobudzającym na pochwę i macicę. Natomiast w większości przypadków w naszej praktyce klinicznej pragniemy wywrzeć wpływ na jajnik, jako zasadniczy narząd płciowy kobiecy.

Podawanie obecnie najbardziej rozpowszechnione preparatów jajnikowych w tym celu nie znajduje swego uzasadnienia w pracach biologji doświadczalnych. Prawda, że małe dawki follikuliny (preparatu mającego odpowiadać hormonowi pęcherzyka Graafa, a faktycznie uzyskiwanego z moczu ciężarnych) pobudzają w doświadczeniu młody jajnik, przysparzając wzrost i dojrzewanie w nim pęcherzyków Graafa, ale dawki duże wykazują niewątpliwy wpływ szkodliwy przedewszystkiem w stosunku do komórek warstwy ziarnistej i komórki jajowej. Toteż istotnego leku jajnika szukać należy po za nim, a więc przedewszystkiem, opierając się na rozgłośnych doświadczeniach *Zondek'a* i *Aschheima*, w przednim płacie przysadki mózgowej, względnie w substancji o podobnym biologicznym działaniu pochodzącej z moczu ciężarnej kobiety lub z łożyska.

Wiadomo, że *Zondek* wyobraża sobie, iż przedni płat przysadki mózgowej (p. p. p. m.) jest kierującym gruczołem płciowym, powodującym dojrzewanie jajnika, a także rządzącym jego czynnością w ciągu całego życia płciowego. Hormon przedniego płata przysadki mózgowej zwany przez *Zondeka* w skróceniu prolan'em, jest całkiem złożonym zawierającym w sobie (obok hormonów pozapłciowych) dwie frakcje działające rozmaicie (a nawet do pewnego stopnia antagonistycznie) to jest t. zw. Prolan — A i Prolan — B. (nastawione na narząd płciowy).

Pierwszy (Prolan — A) pobudza jajnik do dojrzewania, wywołuje wzrost i dojrzewanie pęcherzyka Graafa, a w konsekwencji — jajecznikowanie.

Jest aktywatorem całego narządu rodnego, gdyż wtórnie wywołuje rozrost macicy po przez hormon z płynu pęcherzyka Graafa — (Follikulinę), o którego własnościach wspomniałem powyżej.

Druga frakcja hormonu p. p. p. m. t. zw. Prolan — B. wywołuje luteinizację jajników i to w warunkach prawidłowych doprowadzając do powstania prawidłowego ciałka żółtego, w warunkach zaś doświadczenia, przy podaniu większej ilości, wywołuje luteinizację niepękniętych pęcherzyków Graafa, czego skutkiem jest powstanie t. zw. atretycznych ciałek żółtych (corpora lutea atretica). Oczywista zluteinizowany jajnik nietylko nie pobudza narządu płciowego do żywszej działalności, ale wręcz powoduje jego za-

hamowanie czynnościowe, a nawet z biegiem czasu — zanik.

Jak widać z powyższego hormony p. p. p. m. na macicę nie działają bezpośrednio, lecz po przez jajnik, do którego wykazują swoiste powinowactwo.

W dalszych swych badaniach *Zondek* i *Aschheim* przypadkowo stwierdzili, że w ten sam sposób jak p. p. p. m. działa na myszki (gryzonie) niedojrzałe mocz ciężarnych kobiet, co stało się punktem wyjścia głośnej już teraz metody biologicznej wczesnego rozpoznania ciąży.

Jednak nie reakcja ciążowa *Zondek'a Aschheim'a* interesuje nas obecnie — chodzi nam raczej o tę okoliczność, że mocz ciężarnych stał się materjałem wyjściowym, z którego poczęto wyrabiać tak dla celów naukowych, jak terapeutycznych tak zwane preparaty przedniego płata przysadki mózgowej.

W ten sposób produkowane są obecnie prawie wszystkie preparaty mające działać jak przedni płat przysadki mózgowej, a więc Prolan, Prahormon, Antephysan i inne.

Ale prawie jednocześnie, a nawet nieco wcześniej znaleziono w moczu ciężarnych kobiet (a obecnie i klaczy) bardzo znaczne ilości substancji, która w doświadczeniu na wytrzebionych gryzoniach działała identycznie, jak płyn z pęcherzyka Graafa, to jest wywoływała ruję w pochwie. Substancję tę nazwano wobec tego zbyt pośpiesznie folikuliną, zamiast jedynej rzeczowej nazwy: oestrina.

Poczyniona w tej chwili drobna uwaga językowa wydać się może zbędną czytelnikowi pożądającemu tylko wiadomości praktycznych. Tymczasem ma ona niewątpliwie i wielkie znaczenie w codziennej ordynacji ginekologicznej. Firmy przemysłowe zasypują rynek farmaceutyczny preparatami oestriny, pochodzącej z moczu, nazywając je szumnie preparatami hormonu płciowego, względnie hormonu jajnikowego, wychwalając przytem ich wysoką wartość leczniczą obliczoną w jednostkach mysich czy szczurzych.

Tymczasem zapominać nie należy, że nie są to preparaty identyczne z wyciągami jajnika. Jedyną niewątpliwie wspólną cechą tych dwu rodzajów preparatów jest dodatni wynik odczynu *Allen-Doisy*, t. j. wywołanie w pochwie samicy gryzonia objawów ruji czyli oestrus. Cecha ta nie świadczy o niewątpliwej identyczności obydwu omawianych substancji, gdyż reakcję *Allen-Doisy* dodatnią daje cały szereg ciał i między innemi niektóre nic z jajnikiem nie mające wspólnego. To też preparaty nie pochodzące z jajnika, a obdarzone własnością wywoływania ruji (oestrus) u wytrzebionych myszek czy szczurów winny dla uniknięcia nieporozumień nosić nazwę „oestrina"; ewentualnie w celu podkreślenia ich charakteru przypominającego działanie jajnika dodać można naprz. „Follikulina". Stąd powstała by nazwa, którą nadal w niniejszej pracy stosuję „Oestrina - Follikulina" dla oznaczenia preparatów zazwyczaj pochodzących z moczu kobiet lub klaczy ciężarnych, a mających działać jak płyn z pęcherzyka Graafa, a więc jednokierunkowo z preparatami jajnika.

Podobnie, jak wspomniałem wyżej odnośnie do hormonu przedniego płata przysadki mózgowej istnieją dwa rodzaje preparatów: 1) istotne wyciągi z gruczołu i 2) preparat wytworzony z moczu, który dla prostoty nazwiemy Prolanem, z odmianami *Prolan* — *A* i *Prolan* — *B*. Jak wspomniałem uprzednio preparaty wytworzone z gruczołu przedniego płata przysadki mózgowej okazały się nieczynne, tak, że pozostają do rozporządzenia tylko wytwarzane z moczu ciężarnych czyli Prolan Prähormon i inne.

Reasumując, pobudzającem działaniem obdarzone są następujące preparaty hormonalne:

a) w stosunku do pochwy kobiecej — żadne,

b) w stosunku do macicy: Follikulina pochodząca z jajnika (obecnie prawie nie wyrabiana) i Follikulina-oestrina pochodząca z moczu ciężarnych; specjalnie śluzówkę pobudza do zmian przedciążowych — ciałko żółte;

c) w stosunku do jajnika t. zw. preparaty przedniego płata przysadki mózgowej, ściślej Prolan i jemu podobne wyrabiane z moczu ciężarnych; przy zastosowaniu poszczególnych frakcji Prolanu, frakcja *A* pobudzać ma aparat pęcherzykowy (a przez to pośrednio macicę) frakcja *B* — pobudzać powinna ciałko żółte, względnie doprowadzać jajnik do luteinizacji.

Oto schemat, według którego, na zasadzie naszych dotychczasowych wiadomości,

powinniśmy stosować ten czy inny preparat hormonalny, pragnąc pobudzić narząd rodny kobiety.

Przestrzegaliśmy wyżej przed identyfikowaniem t. zw. Follikuliny-oestriny z płynem pęcherzykowym z jajnika pochodzącym. Klinicznie daje ona niekiedy przykre objawy uboczne (mdłości, zawroty głowy, podrażnienie nerwowe), doświadczalnie — w dużych dawkach powoduje u zwierząt uszkodzenie jajnika w jego aparacie pęcherzykowym. Stąd konieczność ostrożnego stosowania Follikuliny-oestriny, gdyż nie można nazwać jej tak niewinnym środkiem, jak preparaty jajnikowe.

Z zastrzeżenia tego bynajmniej nie wynika potępienie Follikuliny-oestriny jako środka leczniczego. Niezależnie czem ona jest, czy odpadkiem przemiany materji, czy wydzieliną kosmka, — działa ona niewątpliwie pobudzająco na macicę, leczniczo na brak miesiączek (wtórny) i na objawy przekwitania.

Drugi z omawianych preparatów hormonalnych wytwarzanych z moczu ciężarnych — t. zw. Prolan czyli rzekomy hormon przedniego płata przysadki mózgowej działa znakomicie na zwierzęta, istotnie pobudzając jajnik do rzekomej przedwczesnej dojrzałości, natomiast nie działa prawie zupełnie na kobiety. Tem się tłomaczy ogólny nastrój rozczarowania, jaki zajął miejsce entuzjazmu z okresów początkowych wprowadzenia do terapji tego preparatu. W ocenie tego rozczarowania pamiętać należy, że pierwotnie wypuszczono na rynek preparaty wytworzone z gruczoła i te okazały się nieczynne. Rozpowszechnienie preparatów pochodzących z moczu typu *Prolan* datuje się stosunkowo od niedawna toteż wydaje się nam, że ocena ich wartości jest jeszcze przedwczesna. W każdym razie podobnie, jak Follikulina-oestrina, nie jest to preparat zupełnie dla pacjentki obojętny: obserwowano mianowicie po jego stosowaniu, nie wiadomo post czy propter, powstanie torbieli w jajniku, które niekiedy rosły tak szybko, że trzeba je było usuwać operacyjnie.

Pomimo wymienionych zastrzeżeń nie możemy jeszcze wykreślać prolana z naszego arsenała leczniczego i jesteśmy najzupełniej uprawnieni do ostrożnych dalszych prób nad jego działaniem.

Wyciąg c i a ł k a ż ó ł t e g o ma działanie pobudzające w stosunku do śluzówki macicy i to w kierunku wytworzenia w niej t. zw. zmian przedciążowych lub przedmiesiączkowych (przerost gruczołów, objawy wydzielania) sprzyjających zagnieżdżeniu się jaja płodowego.

Wreszcie z gruczołów pozapłciowych *tarczyca* wywierać ma wpływ wybitnie pobudzający narząd płciowy żeński, ale w małych dawkach, dawki duże działają hamująco, a nawet doprowadzić mogą do chwilowej jego nieczynności.

Kończąc omówienie preparatów hormonalnych pobudzających narząd płciowy żeński wspomnieć wypada jeszcze o dawkowaniu t. zw. Follikuliny-oestriny.

Właściwe dawkowanie stało się możliwe dopiero od czasu wprowadzenia do terapji preparatów wyjednostkowanych, jakiemi są preparaty Follikuliny-oestriny. Dotychczasowe preparaty jajnikowe określane tylko na ilość zawartej w nich suchej lub świeżej substancji jajnikowej nie mogły być ani sprawdzane, co do swej wartości hormonalnej, ani, co zatem idzie, nie mogły być ściśle wydawkowane. W tej też okoliczności leży tajemnica powodzenia Follikuliny-oestriny, która łatwo dając się wystandaryzować nadaje się do dokładnego dawkowania.

Czy jednak zysk z tego jest tak znaczny, jak to sobie pierwotnie obiecywano? Zysk niewątpliwie jest: mamy obecnie preparaty, co do których nie mamy wątpliwości, czy dajemy wogóle jakieś lekarstwo, a nie tylko samą masę pigułkową, jak to bywało w początku leczenia tabletkami jajnikowemi. Z drugiej jednak strony okazało się, że powiększenie dawki, zwłaszcza bardzo znaczne, nie tylko nie wywołuje wprost proporcjonalnie większego wyniku, ale nawet przy pewnym nadmiernym stężeniu działa słabiej. Dowodzą tego wyniki badań doświadczalnych nad wywoływaniem ruji u gryzoniów, potwierdzają obserwacje kliniczne z podawaniem bardzo stężonych preparatów w dużych dawkach.

Okazuje się, że dawki preparatów hormonalnych bynajmniej nie muszą być proporcjonalne do wagi leczonych zwierząt czy ludzi, jak to pierwotnie myślano. Z drugiej zaś strony pewien dodatek tak zwanych zanieczyszczeń typu białkowych nie tylko nie osłabia, ale nawet wzmacnia działanie preparatu. Probowano naprzykład dodawać do

Follikuliny-oestriny nieco zwykłego wyciągu tkanki mięsnej, a uzyskiwano trzykrotnie silniejsze działanie swoiste.

Reasumując preparaty omawianego hormonu nie powinny być zbyt stężone, dla dawek per os tabletka winna zawierać najwyżej 100 jednostek mysich, dla dawek podskórnych lub domięśniowych najwyżej 40 j. m. Dawki te ustalono empirycznie, co nie wyłącza, że będą zmienione z biegiem czasu i w miarę dalszej obserwacji.

Jeśli chodzi o injekcje, to najlepszym rozpuszczalnikiem jest oliwa, tak dlatego, że preparaty hormonalne utrzymują się dłużej w tym stanie rzeczy, jak ze względu na powolniejszą ale bardziej równomierną resorbcję w organizmie, co zapewnia pewne stałe nasycenie organizmu hormonem.

Przy podawaniu per os ostatnio radzą stosowanie rozczynów alkoholowych, a to ze względu na łatwiejsze wchłanianie nie tylko hormonu ale i t. zw. zanieczyszczeń białkowych.

Mimochodem wspomnieć wypada, że poza podawaniem Follikuliny-oestrony per os i w injekcji uskutecznić to można przez podanie na jakąkolwiek śluzówkę (pochwy, nosa, spojówkę oka).

Przechodzimy wreszcie do ostatniej grupy organo-preparatów, mianowicie do środków hamujących. Działać one mogą albo bezpośrednio na tą czy inną część składową narządu rodnego, albo pośrednio na drodze pobudzenie antagonisty. Tak naprzykład niewątpliwie istnieje antagonizm pomiędzy dwoma zasadniczemi składnikami jajnika: pęcherzykiem Graafa i ciałkiem żółtym. Podawanie odpowiednich preparatów w myśl zasady antagonizmu ma zastosowanie praktyczne naprzykład w leczeniu krwawień macicznych przy t. zw. Folliculus Graafi persistens za pomocą ciałka żółtego. Z drugiej jednak strony ten sam skutek uzyskać można na drodze podawania Follikuliny - oestriny, które uszkadzając sam pęcherzyk Graafa spowodować może jego pęknięcie, a przez to ustanie krwawienia.

Antagonistycznie działać ma w stosunku do jajnika grasica i oto znowu powód do hamującego jej stosowania w tychże krwawieniach macicznych.

Również i preparaty o typie przedniego płata przysadki mózgowej mogą wywierać wpływ hamujący na narząd rodny pod warunkiem jednak, że uzyskamy oddzielnie frakcję B (Prolan — B) wywołującą luteinizację jajnika, zluteinizowany jajnik nie pozwala na rozwój pęcherzyka Graafa, cały narząd płciowy ulega unieruchomieniu i z biegiem czasu z nieczynności nawet zanikowi. Praktycznie Prolan — B mógł by oddać nieocenione usługi w walce z krwawieniami macicznemi, pobudzając do wytworzenia się czynnego ciałka żółtego, tego znakomitego środka haemostatycznego. Niestety jednak oddzielnie frakcji B hormonu p. p. p. m. nie posiadamy, a stosowanie całego Prolana może dać skutki rozmaite, gdyż jest to mieszanina i w rozmaitym stosunku przynajmniej dwuch frakcji A i B, jeśli nie wielu innych.

Przechodzimy wreszcie do kolejnego przeglądu stanów chorobowych, w których organoterapja ginekologiczna jest wskazana i pozwala rokować nadzieję na powodzenie.

1) Objawy wypadowe spowodowane ustaniem czynności jajnika czy to w przekwitaniu naturalnem, czy sztucznem naskutek usunięcia jajników, względnie ich zniszczenia promieniami Roentgena.

Jest to najwdzięczniejsze schorzenie dla terapji jajnikowej; w tych właśnie przypadkach wyleczenie lub znaczna poprawa następuje po zastosowaniu tak preparatów całkowitego jajnika jak Follikuliny-oestriny, pochodzącej jak wiadomo z moczu ciężarnych. W y n i k i o b y d w u w y m i e n i o n y c h l e k ó w s ą p r a w i e j e d n a k o w e p o d w a r u n k i e m, ż e u ż y w a m y d o b r y c h p r e p a r a t ó w j a j n i k o w y c h; sprawdzianu ich dobroci nie posiadamy i to właśnie spowodowało, że chętnie zwrócono się do standaryzowanych preperatów Follikuliny-oestriny. Te ostatnie działają szybciej i pewniej, ale wywołują niekiedy nieprzyjemne objawy uboczne. To też dawkowanie należy indywidualizować. Zazwyczaj podajemy polski preparat Klawego Ovarogen-oestrina w injekcji domięśniowej po jednej ampułce (40 j. m.) dwa razy na tydzień. Dawka ta w zupełności wystarcza, aby w większości przypadków uwolnić pacjentkę od objawów wypadowych zwłaszcza pod postacią nawałów naczynioruchowych. Działanie Ovarogen-oestriny jest równo-

mierne, gdyż rozpuszczona jest ona w oliwie, gwarantującej powolne, ale i równomierne wchłanianie się leku. Dawka całkowita nie poddaje się określeniu; przeciętnie już po paru injekcjach następuje wybitna poprawa tak, że wystarcza w zupełności 12 injekcji. Kurację taką należy po pewnym czasie powtórzyć w razie nawrotu dolegliwości.

Do terapji doustnej służy oestrina-ovarogen w postaci proszku tak wymiareczkowanego, że 1 gr. zawiera 1000 j. m. czyli że w 0,1 znajduje się 100 j. m. (jednostek mysich).

Odpowiednią dawkę (od 0,05 — 0,1) zapisuje się z dodaniem cukru mlecznego w opłatkach i podaje się po 1—3 proszków dziennie. Przeciętna dawka per os wynosi 100 j. m.

Dobrze jest łączyć w jednym preparacie wyciąg jajnika z małą dawką oestriny, gdyż przez to osiągamy skutek łagodniejszy (preparat jajnikowy), a równie pewny.

Biorąc pod uwagę, że tabletek jajnikowych podajemy 6—8 dziennie należy dodać do każdej od 5 — 10 j. m., aby uzyskać mniej więcej takie same działanie.

Poza preparatami jajnikowemi i Follikulinowemi wskazane są w leczeniu dolegliwości okresu przekwitania preparaty złożone wielugruczołowe, przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie wybijają się na czoło schorzenia objawy zależne od niedomogi lub nieprawidłowej czynności innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Wchodzą tu w grę takie preparaty, jak Opozones pluriglandulaires Lumie're'a, T. O. S. H. Richter'a i inne.

W przypadkach z silnemi objawami nerwowemi, lub specjalnie zaznaczonemi zaburzeniami w przewodzie pokarmowym czy w układzie krążenia, dobre usługi oddają preparaty mieszane składające się z wyciągów gruczołów i z preparatów farmaceutycznych; preparatami tego typu są: Prokliman, Klimakton i t. p., w dawkach wyznaczanych przez firmy wytwarzające. Zawierają one obok preparatów jajnikowych brom, teobrominę, peristaltynę i t. p. Preparaty te szczególnie nadają się dla osób cierpiących z powodu naturalnego climacterium, natomiast w climax pooperacyjnym działają dobrze follikulinowe.

2) Z kolei wkraczamy w dziedzinę znacznie trudniejszą do leczenia, bardziej kapryśną w przebiegu i reakcji na terapję. Są to zaburzenia w miesiączkowaniu.

A) Zacznijmy od grupy niedostatecznego miesiączkowania. Najdalej posuniętą postacią tej nieprawidłowości jest brak miesiączki — amenorrhea. W zasadzie nie jest to schorzenie, lecz objaw całego szeregu schorzeń czy zaburzeń rozwojowych; jeśli jednak są one łączone klinicznie w jedną grupę, to dzieje się to dlatego, że często nie jesteśmy w stanie wykazać istotnych przyczyn tego objawu. Dla ułatwienia dzielimy tą grupę na pierwotny i wtórny brak miesiączek, z których, odrazu trzeba powiedzieć, druga jest znacznie wdzięczniejsza w leczeniu od pierwszej.

Amenorrhea primaria, pierwotny brak miesiączki zwłaszcza z objawami niedorozwoju połączony ustępuje naogół tylko wyjątkowo pod wpływem leczenia hormonalnego, i to tylko u osób bardzo młodych:

Stosować tu należy (i to tytułem próby) tylko preparaty Follikuliny, gdyż wyciągi jajnika samego wyników nie dają.

Mechanizm działania tego leku nie jest dostatecznie wyjaśniony, wszak teoretycznie Follikulina nie działa na jajnik, a jeśli działa to raczej szkodliwie (i to zwłaszcza w dużych dawkach); natomiast hormon przedniego płata przysadki mózgowej ma mieć swoistą i wyłączną zdolność pobudzenia jajników do wzrostu. Praktycznie jednak okazuje się, że działanie preparatów p. p. p. m. jest słabsze od działania Follikuliny-oestriny. To też większość autorów radzi w amenorrhea stosować tylko tę ostatnią. *Zondek* trzymając się konsekwentnie teorji zaleca mieszaną terapję Follikulinowo-prolanową.

Leczenie Follikuliną (naprz. Progynon, Hegiral, Oestrina, Glandofollina i t. p.) zaburzeń w miesiączkowaniu prowadzić można albo zapomocą stałego podawania stosunkowo niewielkich dawek (po 100 j. m. per os przez 3 mies.), albo metodą *Laqueur'a* t. j. wprowadzeniem do organizmu dużych ilości hormonu w krótkim czasie (kilka do kilkunastu tysięcy jednostek w czasie 10—12 dniowej kuracji) i to w okresie przedmiesiączkowym. Przeciętną dawką dzienną w metodzie *Laqueure'a* jest 600 j. m. (jednostek mysich), jednakowoż podają niektórzy autorowie, zwłaszcza ze szkoły niemieckiej ilości znacznie większe, bo do 40.000 j. m. na kurację (10—12 dnio-

wą). W przypadkach skąpych lub opóźnionych miesiączek wyniki trwałe były mniej więcej jednakowe, niezależnie od wielkości dawki, jedynie wynik natychmiastowy był lepszy przy dawkach wyższych.

Praktycznie więc biorąc godną polecenia wydaje się obecnie dziennie dawka 600 j. m. najwyżej przy podawaniu per os, przy podawaniu w injekcji zaś 40 j. m. i oczywista mowa o kuracji krótkotrwałej 10—12 dniowej. Przy metodzie podawania stałego wystarczy doustnie dawka 100 j. m. a w injekcji 40 j. m. dwa razy na tydzień. Krótkotrwałą kurację według *Laqueur* stosować należy dwa razy na tydzień, 3 do 4 razy. W razie niepowodzenia nie warto probować dalej.

Wracając do wyników omawianego leczenia ująć je można w następujący sposób:

a) Pierwotny brak miesiączki nie poddaje się leczeniu albo tylko wyjątkowo,

b) Wtórny brak miesiączki leczy się dobrze (o ile nie trwa zbyt długo, to znaczy kilka lub kilkanaście lat). Przeciętny odsetek powodzenia wynosi 40—50%.

c) Opóźnione i skąpe miesiączkowanie naogół również daje się opanować dobrze leczeniem Follikuliną.

d) Climacterium precox, datujące się od nie zbyt dawnego czasu stanowi wdzięczne pole dla omawianej terapji.

B) Zwróćmy się z kolei do grupy biegunowo przeciwnych zaburzeń w miesiączkowaniu, a mianowicie do nadmiernych i nieregularnych krwawień macicznych. Oczywista mówić tu będziemy tylko o przypadkach krwawień t. zw. hormonalnych, to znaczy takich, w których nie jesteśmy w stanie wykryć żadnej przyczyny anatomicznej krwawienia. Z góry więc wyłączyć należy krwawienia na tle nowotworowym, zapalnym, zmian w położeniu macicy i t. d.

Krwawienie, które probowano leczyć preparatami hormonalnemi noszą najrozmaitsze nazwy: metropathia haemorrhagica, metrorrhagia subsequente folliculus persistens, metrorrhagia pubertatis i t. d.

Pamiętając o przeciwkrwotocznem działaniu ciałka żółtego, tak silnie występującem w czasie ciąży, stosowano w tych przypadkach bądź ciałko żółte (doustnie lub we wstrzykiwaniach) bądź preparaty przedniego płata przysadki mózgowej, licząc na wpływ luteinizującej frakcji t. zw. Prolanu — B. Wyniki stosowania ciałka żółtego, bądź samego, bądź w kombinacji z p. p. p. m., grasicą i adrenaliną (jako t. zw. Haemostop — Richtera) są niekiedy bardzo dobre, wprost zachwycające; nie można jednak od nich oczekiwać działania niezawodnego.

W tej samej grupie przypadków probowano stosować Follikulinę przypuszczając, że jeżeli podstawą krwawienia jest niepęknięty pęcherzyk Grafa, to nadmiar doprowadzonej zzewnątrzFollikuliny może być czynnikiem przyśpieszającym jego pęknięcie; pogląd ten znalazł poparcie we wspomnianych poprzednio doświadczeniach na zwierzętach, które udowodniły istnienie deprymującego wpływu Follikuliny na aparat pęcherzykowy jajnika. Praktycznie biorąc wyniki stosowania Follikuliny w krwawieniu z macicy są bardzo rozmaite i niestałe, tak, że jeszcze polecać jej tu nie można, można jedynie tytułem próby stosować ją przez tydzień, aby w razie niepowodzenia przejść na ciałko żółte; postępowanie takie może uwieńczyć się dobrym skutkiem jeszcze i dlatego, że naśladuje ono warunki zachodzące w normalnym cyklu miesiączkowym.

W przypadkach, w których uprawnieni jesteśmy przypuszczać istnienie innych zaburzeń, jak to spraw zapalnych naprzykład, powinniśmy obok ewentualnej terapji hormonalnej stosować leczenie swoiste dla danego schorzenia. (gorące irrygacje, diatermja i t. d.).

Wreszcie na zakończenie omówienia leczenia zaburzeń w miesiączkowaniu, wspomnieć należy o t. zw. stanach polihormonalnych. Mianowicie *Zondek* i inni donieśli, że zawartość hormonów w organizmie kobiety jest zmienna i bardzo rozmaita, przyczem niezależna od zewnętrznych objawów w zakresie krwawienia miesiączkowego. Mianowicie, tak przy amenorrhea raz może mieć miejsce niedostateczność hormonów w organiźmie, kiedy indziej ich nadmiar (amenorrhea polihormonalis); podobnie przy nadmiernem krwawieniu hormony mogą występować w nadmiarze lub niedostatku. Wobec takiego stanu rzeczy zażądano ścisłego określenia ilościowego hormonów we krwi i wydzielinach osoby leczonej, i to przed rozpoczęciem leczenia jeszcze, z zastrzeżeniem, że w stanach

polihormonalnych hormonów używać nie wolno.

Powyższe zastrzeżenie byłoby dla lekarzy - praktyków wielkim utrudnieniem w lecznictwie, gdyż o wykonaniu wspomnianego wyżej testu w warunkach codziennej praktyki mowy być nie może. Na szczęście jednak sprawdzenie praktyczne zastrzeżenia *Zondeka* okazało się niezupełnie słuszne; mianowicie stwierdzono, że pomimo zwiększonej ilości hormonów w organizmie osoby leczonej, terapja hormonalna odnosi dobry skutek, tak jakby ten stan nadmiernego wysycenia hormonami organizmu nie miał praktycznego znaczenia. Jednym słowem narazie lekarz - praktyk nie powinien zbytnio przejmować się ewentualnem istnieniem t. zw. stanów polihormonalnych.

3) Kolejnem wskazaniem do stosowania preparatów hormonalnych są zaburzenia w przebiegu ciąży. Mam tu na myśli przedewszystkiem grożące poronienie (abortus imminens), przy którem stosować należy preparaty ciałka żółtego. Postępowanie to opiera się na doświadczeniach z dziedziny biologji zwierzecej przedewszystkiem, a mianowicie na stwierdzeniu przerwania ciąży u zwierzęcia natychmiast po wycięciu ciałka żółtego. Doświadczenia kliniczne nie dają absolutnej pewności co do słuszności wymienionego poglądu w stosunku do kobiety, ale względna nieszkodliwość tej terapji przemawia za jej stosowaniem. Użyłem wyrażenia „względna nieszkodliwość", gdyż jak się zdaje zbyt długie (paromiesięczne!) stosowanie ciałka żółtego w czasie ciąży może w następstwie spowodować słabe bóle porodowe i przez to nadmierne przeciąganie się porodu, z jego przykremi skutkami.

Follikulina powinna by (jako antagonista ciałka żółtego) mieć działanie odwrotne, to jest wywoływać przerwanie ciąży; kliniczne doświadczenie nie potwierdza jednak tego przypuszczenia.

4) Wreszcie w ostatniej grupie umieścić wypada wszystkie schorzenia ogólne, które zdaniem specjalistów stoją w przyczynowym związku z zaburzeniami w funkcjonowaniu jajników; wymienić tu należy choroby skórne, umysłowe, reumatyzm i t. p. Działanie preparatów hormonalnych niektórzy autorzy chwalą gorąco, inni stwierdzają ich zupełną bezskuteczność. Trudno wyciągnąć jakiś zdecydowany wniosek, w każdym razie jednak próby lecznicze są zupełnie usprawiedliwione; wybór pomiędzy prawdziwemi preparatami jajnikowemi, a ich namiastkami typu follikulina — oestrina jest bardzo trudny. Ostatnio literatura zachwala raczej te ostatnie, to jest pochodne moczu ciężarnych.

W każdym jednak razie zapewnienia te przyjmować należy z mocnem zastrzeżeniem. Osobiste nasze doświadczenia w kilku przypadkach swiądu sromu uznać należy za ujemne: preparaty follikulinowe, podobnie zresztą jak jajnikowe, nie wywarły żadnego skutku leczniczego.

Natomiast w chorobach nerwowych widywaliśmy wyraźną poprawę, co zresztą odpowiada subjektywnej poprawie w przebiegu climacterium pod wpływem tego leczenia.

Oto w paru punktach ujęte leczenie hormonalne w zakresie ginekologji, w którem jak widać dużo jeszcze jest punktów sprzecznych i niejasnych. Na zakończenie chciałbym podnieść, że wbrew wrażeniu z niedalekiej przeszłości, preparaty jajnikowe sensu stricto nie straciły swej wartości leczniczej. Nie wyparły ich standaryzowane preparaty t. zw. follikuliny, gdyż nie dały one wyników leczniczych proporcjonalnych do swej ceny rynkowej (niekiedy bardzo wysokiej) i do swej wartości wysoko jednostkowej. W większości przypadków, a zwłaszcza w dolegliwościach okresu przekwitania, wystarczają dobre preparaty jajnikowe (naprz. Opozones Lumière), jedynie w razie niepowodzenia tej terapji uciec się można do t. zw. follikuliny.

Reasumując, powiedzieć trzeba, że sprawa leczenia hormonalnego w ginekologji jeszcze ostatecznie opracowana nie jest i wiele zagadnień pozostaje nadal otwartych, wymagając dalszych badań i doświadczeń.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Leczenie zgorzeli u chorych na cukrzycę. (Traitément des gangrénes diabétiques). M. L a b b é. *Presse Méd. Nr. 76. r. 1931.*

Ze względu na odmienny sposób leczenia, autor dzieli zgorzele, występujące u chorych na cukrzycę, na trzy grupy.

I. Zgorzele, pochodzenia nerwowego przedstawiające się najczęściej, jako „mal perforant" nie wymagają szczególnego sposobu postępowania. Osobników, dotkniętych zapaleniem nerwów należy chronić przed zaburzeniami krążenia, które mogą przyczynić się do powstania zmian troficznych i „mal perforant". W tym celu zmiana położenia kończyny, odpowiednie obuwie i t. p., są zasadniczymi warunkami. Z chwilą, gdy cierpienie to już się rozwinie, leżenie w łóżku przez czas dłuższy i leczenie zgorzeli zapomocą antyseptycznych maści stanowi podstawę leczenia.

II. Leczenie zgorzeli, pochodzenia tętniczego, wymaga przedewszystkiem leczenia zapalenia tętnic.

W o k r e s i e p r z e d z g o r z e l i n o w y m zapalenie tętnic przedstawia zespół bardzo bolesny, wymagający stałej interwencji lekarza, który nadto musi zwrócić całą swą uwagę na występujące objawy zwężenia światła naczyń, co może być wstępem do wytworzenia się zgorzeli. Ponieważ, obok anatomicznego zwężenia naczyń, występuje też i skurcz naczyń, przeto leczenie zapaleń tętnic polega na usiłowaniach rozszerzenia światła naczyń. W tym celu stosujemy przedewszystkiem gorąco na chorą kończynę. Są tu w użyciu kąpiele w gorącem powietrzu, którego ciepłota może dochodzić do 70°. Można też stosować i kąpiele wodne, przyczem należy pilnie zważać, by nie wystąpiły najmniejsze oparzenia skóry. Polecane jest także stosowanie diatermji. *Heitz* zaleca kąpiele kwaso-węglowe w Royat. Trzeba jednak przyznać, że wszystkie te zabiegi przy pomocy gorąca, tylko przejściowo i to nie zawsze przynoszą ulgę i spełniają swe zadanie. *Buerger* a za nim lekarze północnej Ameryki stosują metodę biernej gimnastyki, polegającej na naprzemiennem wypełnianiu i opróżnianiu tętnic krwią. W tym celu kończynę leżącego chorego podnosi się nieco ku górze, aż zblednie, a po 2 minutach opuszcza się ją poniżej poziomu łóżka, aż poczerwienieje. Po dalszych 3 minutach kończynę układa się w poziomej pozycji na łóżku. Po 5 minutach przerwy, zabieg ten powtarza się. W ten sposób wykonuje się tę gimnastykę sześć razy na godzinę, powtarzając takie seanse trzy do czterech razy na dobę. Autor nie posiada sam dostatecznego doświadczenia z tą metodą.

Leki przeciwskurczowe, a zwłaszcza stosowane w cierpieniach naczyń, i przeciwbólowe stosuje się w tem cierpieniu często. A więc jodek potasu, cytrynian sodu, ten ostatni doustnie w dawce 15 do 30 gr. na dobę w 1 litrze wody. Wreszcie stosuje się insulinę. Autor podawał insulinę w dawkach 20 do 40 jednostek na dobę, zwłaszcza u tych chorych, u których można było stwierdzić hypercholesterynemję. Przyznaje jednak, że o ile poziom cholesteryny obniża się, o tyle zmiany w naczyniach i ból rzadko ulegają zwolnieniu.

Langeron i *Desplats* polecają naświetlania nadnerczy promieniami Rentgena. Inni autorowie wykonywali jednostronne wycięcie nadnerczy; coprawda ten zabieg był wykonywany z powodu endarteriitis juvenilis u osób wolnych od cukrzycy. Wynik był jednak przejściowy a sama operacja bardzo ciężka.

Leriche poleca przeciwko wszystkim zapaleniom tętnic, prowadzącym do zwężenia światła, zabieg, polegający na usunięciu włókien nerwu współczulnego, które otaczają tętnicę (sympathectomia). Dla dolnych kończyn zabieg ten wykonywuje się w trójkącie Scarpy. Ten zabieg nie jest chętnie przyjmowany przez wszystkich chirurgów, autor zaś podaje dwie historje choroby, z których wynika, że w jednym przypadku uzyskał pewną poprawę dość trwałą, choć według badań, zapomocą oscilometrji, zwężenie tętnic nie ustąpiło, w drugim zaś uzyskał poprawę przejściową.

Leczenie dietetyczne przeciwko zapaleniu tętnic, niestety, nie prowadzi do celu, choć, teoretycznie, usunięcie z pożywienia pokarmów, bogatych w tłuszcze, wydaje się celowe ze względu na obniżenie zwierciadła cholesteryny we krwi, która, jak wiadomo, odkłada się w ścianach naczyń. Podobnie także i djeta, zawierająca mało wapnia, nie zasługuje na polecenie.

Pozostaje leczenie obniżające poziom cukru we krwi, a to leczenie posiada największe znaczenie, gdyż zapobiega zakażeniu powstającej już zgorzeli.

W okresie g r o ż ą c e j j u ż z g o r z e l i, kiedy bóle wzmagają się a kończyna ziębnie, z całą energją powinno być przeprowadzone odpowiednie leczenie, aby odwrócić, jeśli to możliwe, grożące niebezpieczeństwo. Chory powinien leżeć w łóżku, chorą kończynę należy, w odpowiedniej pozycji unieruchomić i ogrzewać; trzeba nadto zastosować ograniczenie węglowodanów w pożywieniu oraz insulinę, aby chorego jak najszybciej odcukrzyć, a także należy zastosować najdzielniejszy środek, rozszerzający naczynia, jakim jest acetylocholina. Autor podaje historję choroby, z których wynika, że stosowanie powyższego leczenia, dało bardzo dobre wyniki.

Skoro zgorzel j u ż p o w s t a ł a należy ją leczyć podobnie, jak się leczy zgorzel, powstałą na tle miażdżycy tętnic, z tą tylko różnicą, że zgorzel u cukrzycowych, odznacza się ogromną łatwością ulegania zakażeniom. To też, obok unieruchomienia kończyny na długi okres czasu, nale-

ży zachowywać się wyczekująco, czyniąc wszystko możliwe dla uniknięcia zakażenia. W tych przypadkach zabieg chirurgiczny będzie najbardziej ograniczony i w najlepszym wykonany czasie.

W przypadku, gdy nastąpi zakażenie zgorzeli, postępowanie lecznicze jest odmienne. Już w pierwszym dniu należy dążyć do usunięcia przecukrzenia krwi zapomocą djety głodowej lub małokalorycznej, w połączeniu z insuliną. Ranę zgorzelinową należy odkażać zapomocą okładów alkoholowych lub przy pomocy przepłukiwania płynem Dakina albo wreszcie zapomocą odpowiednich maści. *Ambard* i *Chabanier* zalecali stosowanie maści insulinowej, autor nie widział jednak po tym leku żadnego, dobrego wyniku. W razie zbierania się ropy pod skórą należy szeroko stosować nacięcia i żadną miarą nie dopuszczać do nagromadzania się ropy u chorych na cukrzycę, gdyż grozi to ogólnem zakażeniem. W ten sposób postępując udaje się nieraz ocalić kończynę, choć trzeba przyznać, że to leczenie wymaga dużo czasu i cierpliwości a nadto nie zawsze prowadzi do celu. To też większość chirurgów skłania się do względnie wczesnego dokonania amputacji. O ile chodzi o amputację, to należy zawsze mieć na względzie, że zwężenie naczyń sięga ponad umiejscowienie się zgorzeli i amputacja musi być wykonana, względnie dość wysoko, aby rana pooperacyjna mogła się zagoić. Jako wskazania do dokonania amputacji autor podaje: szerzenie się zakażenia drogami chłonnymi, jako lymphangitis gangraenosa z równoczesnem wzrastaniem gorączki, gdyż wówczas grozi zakażenie ogólne. W tych przypadkach należy dokonać amputacji możliwie wysoko. Podobnie też należy dokonać amputacji, kiedy okolica zgorzeli jest silnie obrzękła, zaczerwieniona, kiedy gorączka jest wysoka i kiedy również istnieje obawa, że bakterje i jady grożą ogólnem zakażeniem. Wskazaniem do amputacji jest także samo wystąpienie gorączki przerywanej, charakterystycznej dla posocznicy. Dokonywujemy też amputacji i wówczas, gdy szalone bóle, nie dające się ułagodzić zapomocą sympathectomii ani zapomocą narkotyków, czynią życie chorego nie do wytrzymania. Wreszcie ewentualna amputacja wchodzi w grę, gdy warunki socjalne zmuszają chorego do możliwie rychłego podjęcia pracy, a nie pozwalają na postępowanie wyczekujące.

Co się tyczy miejsca dokonania amputacji, autor trzyma się następujących wytycznych: w przypadku zgorzeli palca, jeśli stopa jest gorąca, dobrze odżywiona i tętnica stopy dobrze tętni wystarcza odjęcie samego palca. Jeśli dotkniętych jest kilka palców a zachowane są powyższe warunki, wystarcza odjęcie przedniej części stopy; jeśli jednak warunków tych niema a tętnienie stopowej tętnicy jest niewyczuwalne, wówczas należy dokonać amputacji na wysokości dolnej części podudzia. Jeśli zakażenie od stopy szerzy się, należy amputować w górnej części podudzia lub nawet w dolnej części uda. Chirurgowie polecają szczególnie to ostatnie miejsce, gdyż w ten sposób otrzymują dobry kikut do zastosowania odpowiedniej protezy.

Autor podaje kilka historji chorób, ilustrujących praktyczne zastosowanie powyższych zasad.

III. Zgorzele zakażone zdarzają się często u chorego na cukrzycę z powodu współistnienia następujących warunków: przecukrzenie krwi, które sprzyja szerzeniu się zakażenia, zaburzenia troficzne pochodzenia tętniczego i nerwowego, które sprzyjają martwicy tkanek. Dlatego należy wogóle dążyć do odcukrzenia chorych a w każdym razie z chwilą wystąpienia jakiegokolwiek zakażenia, należy chorego bezwzględnie jak najszybciej odcukrzyć.

Autor przytacza historję choroby, dowodzącą jak szybko może się zatrzymać proces szerzenia się zakażenia, idący od stopy, jeżeli obok spokoju zastosujemy głodówkę lub półgłodówkę w połączeniu z insuliną i tą drogą chorego odcukrzymy. Zaniedbanie w tym kierunku jest równoznaczne dla autora z poniesieniem odpowiedzialności za utratę kończyny lub nawet życia chorego.

Drugą zasadą w leczeniu zgorzeli zakażonych jest szerokie otwieranie ropni i daleko idące nacięcia. Dopiero, gdy to leczenie nie pomaga, należy przystąpić do amputacji. W przypadkach wątpliwych wyhodowanie drobnoustrojów z krwi chorego jest wskazaniem do wykonania amputacji.

Co się tyczy wyboru środka usypiającego, autor przestrzega przed stosowaniem chloroformu i eteru, które będąc jadami dla wątroby, wywołują zakwaszenie ustroju i śpiączkę cukrzycową. Dlatego, jako środki usypiające, zaleca chlorek etylu i protoxyd azotu, jako mniej toksyczne. Jeszcze łagodniejsze jest znieczulenie lędźwiowe, najmniej zaś niebezpieczne znieczulenie miejscowe novokainą.

Należy też pamiętać, że każde zakażenie u chorego na cukrzycę wywołuje pogorszenie się ogólnego stanu i wzmaga nasilenie cukrzycy oraz grozi zakwaszeniem. Dlatego w celach zapobiegawczych należy przeprowadzić, w razie potrzeby, nawet bardzo energiczne leczenie insuliną.

Na końcu niniejszego artykułu, autor podkreśla znaczne polepszenie wyników, jakie dają się stwierdzić po zabiegach chirurgicznych u chorych na cukrzycę, z chwilą zastosowania ścisłej i umiejętnej współpracy między internistą a chirurgiem. Ustrój chorego na cukrzycę odpowiednio internistycznie leczony przestaje być „noli me tangere" dla chirurga.

Próba Volhard'a, jako czynnościowe badanie nerek. (Les épreuves de Volhard dans l'étude du fonctionnement rénal). Pasteur Vallery-Radot i A. Lafitte.

Presse Méd. Nr. 85. r. 1931.

Autorowie zwracają uwagę, że już przed *Volhard'em*, *Albarran* (r. 1903), a potem *Vaquez* i *Cottet* (r. 1912) i wreszcie szkoła *Gilbert'a* stosowali podobne sposoby badania. Nie mniej jednak trzeba przyznać, że *Volhard* wypracował swoją metodę, która przyjęła się szeroko w Niemczech i w Ameryce. Jak wiadomo, próba *Volhard'a* składa się z dwóch części. Część pierwsza badania polega na oznaczaniu zdolności wydalania przez nerki wypitej wody oraz na zdolności rozcieńczania moczu, zapomocą oznaczania jego ciężaru gatunkowego. Przy zachowaniu odpowiednich warunków, człowiek zdrowy wydziela w ciągu 4 godzin ilość moczu, odpowiadającą ilości wypitej wody, przyczem ciężar gatunkowy spada do 1004 lub niżej. Dla wykonania próby badanemu podaje się naczczo 1500 do 2000 ccm. płynu (wody). Druga część badania polega na oznaczaniu

zdolności stężania moczu przez nerki. Wykonanie tego badania polega na podaniu badanemu, w ciągu dnia, chleba, mięsa, jajek i kartofli, normalnie osolonych oraz 400 do 500 ccm. wody, w małych porcjach. Poza tem badany nie otrzymuje żadnego płynu, ani też pokarmów, zawierających dużo wody. I w tej próbie oznacza się ciężar gatunkowy, przyczem u człowieka zdrowego ciężar gat. powinien dojść conajmniej do 1025. Oczywiście w obu doświadczeniach oznacza się ciężar gatunkowy w poszczególnych próbkach, osobno oddawanego moczu. Nadto w próbie pierwszej zaleca się zbieranie moczu do osobnych naczyń, co pół godziny, w ciągu pierwszych czterech godzin po wypiciu płynu.

We Francji badanie czynnościowe nerek polega na oznaczaniu ilości mocznika we krwi, „stałej Ambarda", oraz na oznaczaniu wydzielania fenolsulfoftaleiny, podanej drogą domięśniową.

Autorowie zbadali 100 przypadków chorób nerek, wyłączając przypadki z obrzękami lub z chorobami wątroby, serca oraz z przerostem gruczołu krokowego i zaburzeniami układu wegetatywnego. W tych bowiem chorobach próba *Volhard'a* może dać niejasne wyniki, niezależnie od stanu i czynności nerek.

Porównywując wyniki tych badań, autorowie dochodzą do wniosku, że zdolność stężania moczu w próbie *Volhard'a* jest stale osłabiona w tych przypadkach, w których mocznik we krwi wynosi 0.80 gr. lub wyżej. Jeżeli ilość mocznika wynosi mniej niż 0.80 gr. próba *Volhard'a* może dać wynik korzystny, choć ilość mocznika jest wzmożona. W przypadkach, w których obie te próby są zgodne, nie spotykamy jednak równoległości.

Podobnie także, porównując próbę *Volhard'a* ze stałą *Ambard'a*, nie stwierdzamy równoległości obu tych prób a nadto okazuje się, że stała *Ambard'a*, podobnie jak i oznaczanie ilości mocznika we krwi, wykazują często zmiany w czynności nerek wcześniej, niż próba *Volhard'a*.

Wreszcie porównując próbę *Volhard'a* z badaniem wydzielania fenolsulfoftaleiny równoległość między obu tymi badaniami występuje tylko w 58%.

Porównania te odnoszą się zarówno do próby rozcieńczania, jak i stężania moczu przez nerki.

Z badań tych wynika, że próba *Volhard'a* nie może zastąpić metod, podanych wyżej a stosowanych we Francji, gdyż, jak z powyższego wynika, niema między nimi równoległości. Z dalszych przykładów, przytoczonych przez autorów wynika też, że próba *Volhard'a*, sama dla siebie, jest nieraz niewystarczającą dla stwierdzenia niewydolności nerek, gdyż istnieją przypadki, w których próba ta wykazuje dobrą zdolność stężania i rozcieńczania oraz wydzielania moczu, podczas gdy oznaczanie mocznika we krwi, stałej *Ambard'a* i badania nad wydzielaniem fenosulfoftaleiny świadczą o zaburzeniach w wydzielaniu nerek.

Mimo powyższych zastrzeżeń, autorowie podkreślają, że w niektórych znowu przypadkach próba *Volhard'a* może dać wyniki, wskazujące na cierpienie nerek, podczas gdy inne badania żadnych zmian nie wykazują. Dla tego też uważać należy próbę *Volhard'a* za cenne uzupełnienie dotychczasowych badań czynnościowych nerek. Tę próbę należy stosować nie tyle w zastępstwie innych badań, ile obok nich, gdyż daje ona wgląd w te czynności nerek, jakie innymi sposobami nie dają się wykazać.

Leczenie tuberkuliną i antygenem. (Tuberculinothérapie et antigénothérapie). J a q u e r o d.

Presse Méd. Nr. 75, r. 1931.

Autor (znany ftyzjolog z Leysin) przypomina pierwsze próby nad leczeniem gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny Kocha, którą, jak wiadomo, stosowano początkowo w dużych dawkach, w myśl zaleceń Kocha, otrzymując jak najgorsze wyniki. Później *Koch* i inni autorowie zaczęli wprowadzać rozmaite rodzaje tuberkuliny, podkreślając ich skuteczność. Po trzydziestu latach tych prób, autor zbiera wyniki swego własnego doświadczenia oraz wyniki i innych autorów. Z początku swej pracy autor podkreśla, że niema zasadniczej różnicy w działaniu rozmaitych gatunków tuberkuliny i ze stanowiska praktycznego różnice te polegają tylko na dawkowaniu.

Jedyny wyjątek pod tym względem stanowią tuberkuliny *Auclair'a* a mianowicie eterobaccilina i chloroformobacilina. Pierwsza z nich, po wstrzyknięciu, wywołuje zmiany serowate, druga zaś zmiany włókniste. Badania jednak nad tymi tuberkulinami są tak nieliczne, że nie podobna dziś jeszcze wydać sądu.

W pracy niniejszej autor mówi tylko o leczeniu gruźlicy płuc i podkreśla, że do tuberkulinoterapji nie nadaje się cały szereg rozmaitych postaci gruźlicy. Przedewszystkiem przeciwwskazane są przypadki gruźlicy płuc niedawno powstałej, nawet wówczas, gdy przebieg jest bezgorączkowy; nie nadają się też do tego leczenia chorzy gorączkujący albo wykazujący rozległe i daleko posunięte zmiany gruźlicze. Do tego leczenia nadają się tylko chorzy na gruźlicę płuc przewlekłą, ściśle ograniczoną o łagodnym przebiegu i o skłonności do bliznowacenia, przyczem stan ogólny tych chorych musi być bardzo dobry, ciepłota niepodwyższona, ze skąpą plwociną ale zawierającą prątki. Celem leczenia zapomocą tuberkuliny jest usunięcie na stałe gruźliczych prątków z plwociny. W razie nieosiągnięcia powyższego celu należy leczenie uważać za bezskuteczne. U odpowiednio dobranych chorych można dojść do dużych dawek czystej tuberkuliny a mianowicie do 0.5 lub 1 ccm czystej tuberkuliny, t. j. nierozcieńczonej, dwa razy na tydzień. Aby dojść do tej dawki należy rozpocząć od dawki jednej tysiącznej miligrama i stopniowo podnosić dawkę.

W korzystnych przypadkach, obok zniknięcia prątków z plwociny, stwierdza się zbliznowacenie zmian płucnych. W przypadkach niekorzystnych dalsze podwyższanie dawki nie tylko nie doprowadza do celu, ale wywołuje objawy ogólnego zatrucia, jak białkomocz, ubytek na wadze, zaburzenia wątroby i przewodu pokarmowego. U chorych, u których leczenie pozostało bez skutku, zazwyczaj pozostaje też bez skutku i stosowanie innego rodzaju tuberkuliny. U chorych, u których przeprowadzono leczenie tuberkuliną, znika odczyn naskórny i doskórny wobec tuberkuliny. Po zaprzestaniu leczenia odczyn ten powraca i pozostaje całe życie dodatni, nawet wówczas, gdy cho-

ry jest klinicznie wyleczony z gruźlicy. Autor podkreśla, że w korzystnych przypadkach uzyskane wyleczenie jest trwałe.

Obok niebezpieczeństwa nieodpowiedniego doboru przypadków nadających się do leczenia przy pomocy tuberkuliny, istnieje też niebezpieczeństwo nieodpowiedniego dawkowania. Przy nieodpowiedniem bowiem dawkowaniu, tuberkulina wywołuje zaostrzenie procesu chorobowego. Jako zasadę należy przyjąć stosowanie takich dawek, które nie wywołują reakcji. Dla tego też autor uważa, że leczenie zapomocą tuberkuliny powinno być przeprowadzane tylko w sanatorjach, pod ścisłą kontrolą lekarza obytego z tuberkuliną.

Co do antygenu metylowego, podanego przez *Nègre* i *Boquet*, to należy podkreślić, że preparat ten, mimo odrębnej nazwy, jest tuberkuliną. Stosowanie jego jest jednak ułatwione w porównaniu z tuberkuliną dlatego, że czysty preparat, zawarty w ampułkach, jest już rozcieńczony. Wskazania jednak do stosowania tego preparatu pozostają te same, jak to wyżej wspomniano w stosunku do tuberkuliny. Co się tyczy twierdzenia, że antygen metylowy wywołuje w ustroju powstawanie przeciwciał, podczas gdy tuberkulina, jak wiadomo, posiada tę właściwość tylko w bardzo słabym stopniu, należy podkreślić, że rola tych przeciwciał w walce z gruźlicą nie ma większego znaczenia. I o tuberkulinie mówiono, że zwiększa ona odporność ustroju wobec gruźlicy, w leczeniu jednak tej choroby chodzi przedewszystkiem i jedynie o poprawę stanu miejscowego i to jest właściwym celem leczenia.

Odruch żołądkowo-sercowy z nerwu błędnego w zastosowaniu klinicznem. (Le réflexe vago-gastro-cardiaque dans ses applications cliniques). C. Farmakidis.

Arch des mal. du coeur. Nr. 9, r. 1931.

Na początku swej pracy autor omawia obecne zapatrywania i podział niedomogi krążenia, zwracając uwagę zarówno na naczynia obwodowe, jak i na samo serce, przyczem osobno omawia osłabienie prawej i lewej komory serca. Szczególną zaś uwagę poświęca osłabieniu lewej komory serca a zwłaszcza w postaci utajonej. Jako cechy charakterystyczne dla osłabienia lewej komory serca w postaci lżejszej, autor podaje za *Merkleñem* i *Lianem:* duszność wysiłkową, przyspieszenie akcji serca i bardziej lub mniej wyraźnie zaznaczony rytm cwałowy. Nadto może też przejściowo wystąpić rozszerzenie się lewej komory serca. W niektórych postaciach powyższe objawy mogą być bardzo słabo zaznaczone i dla odróżnienia tych wątpliwych przypadków, autor podaje własną metodę badania, polegającą na wywoływaniu odruchu żołądkowo-sercowego.

Badanie omawianego odruchu przedstawia się następująco: u chorego, leżącego nawznak, oznaczamy zapomocą opukiwania, w sposób możliwie dokładny, granice bezwzględnego stłumienia serca. Równocześnie oznaczamy ściśle miejsce uderzenia koniuszkowego. Następnie zalecamy choremu zgięcie nóg w kolanach i wykonanie zarazem daleko idącej fleksji w stawach biodrowych. Przez cały czas badania chory powinien oddychać przez usta, aby możliwie zwolnić napięcie mięśni brzusznych. W tej pozycji wykonywamy przez dłuższy przeciąg czasu masaż całej tej powierzchni brzucha, która odpowiada żołądkowi. Po dokonaniu tego masażu oznaczamy znowu granice bezwzględnego stłumienia serca, oraz miejsce uderzenia koniuszkowego. U osobników, cierpiących na osłabienie lewej komory serca, występuje rozszerzenie granic bezwzględnego stłumienia serca na lewo oraz przemieszczenhie uderzenia koniuszkowego na lewo a nawet ku dołowi. Należy podkreślić, że to rozszerzenie serca występuje bądźto natychmiast po dokonanym masażu, bądź też nieco później, przyczem może ono trwać dłuższy przeciąg czasu albo też wystąpić tylko przelotnie. Dlate-

go oznaczania granic serca należy dokonywać kilkakrotnie.

Klinicznie, powyższy, dodatni objaw występuje u osobników, którzy obok zmian, wskazujących na osłabienie lewej komory serca, wykazują też objawy wzmożonego napięcia nerwu błędnego. Rozpatrzenie anatomicznych warunków doprowadza autora do wniosku, że masaż okolicy żołądka, dokonany w powyższych warunkach, wpływa na podrażnenie nerwu błędnego a zwłaszcza tych jego odgałęzień, które dochodzą do serca przez dolną gałązkę nerwu błędnego sercowego. Rozpatrzenie fizjologicznych właściwości nerwu błędnego w stosunku do pracy serca pozwala na wyprowadzenie wniosku, że w powyżej opisanym odruchu, podrażnienie nerwu błędnego wzmaga rozkurcz a co za tem idzie rozszerzenie tylko lewej komory serca w tych przypadkach, w jakich istnieje osłabione napięcie mięśnia lewej komory serca. Powyższy stan patologiczny spotyka się w utajonem osłabieniu lewej komory serca.

W końcu swej pracy autor, polecając stosowanie omówionego odruchu, podaje własne spostrzeżenia, dodając, że odpowiednie leczenie, wzmacniając mięsień sercowy, doprowadza do zniknięcia powyższego odruchu.

Badania nad etjologją niestałości sercowej, pod postacią przewlekłego częstoskurczu, wykonane zapomocą oznaczania podstawowej przemiany materji oraz próby Mico. (Recherches sur l'étiologie de l'instabilité cardiaque tachycardique permanente a l'aide du métabolisme basal associé a l'épreuve de Mico). D. Simici, M. Popesco i Sandulesco.
Arch. des malad. du coeur. Nr. 9, r. 1931.

Pod nazwą niestałości sercowej, w jej postaci częstoskurczu przewlekłego, rozumieją autorowie stałe przyspieszenie akcji serca, któremu towarzyszą różne skargi podmiotowe. Jako synonim tego cierpienia należy uważać: tachycardia sinusoidalis nervosa ,neurosis cordis, cor irritabile, przeforsowanie serca, zespół nerwowo - częstoskurczowy i t. p. Cierpienie to często się spotyka zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, przyczem autorów, jako lekarzy wojskowych, interesuje niezwykła częstość powyższego cierpienia wśród żołnierzy i to nietylko w czasie wojny, ale także podczas pokoju. Co się tyczy żołnierzy należy podkreślić, że powyższe objawy chorobowe występowały już przed wstąpieniem do armji. *Gaillard* podaje, że trzy piąte przypadków spostrzeganych u wojskowych, skarżyło się na cierpienie jeszcze przed wstąpieniem do służby wojskowej. Wydaje się zatem, że związek między omawianem cierpieniem a warunkami życia wojskowego nie jest tak częsty ani ścisły, jakby to się wydawać mogło. Warunki życia wojskowego zdają się raczej tylko pogarszać stan chorobowy.

Etjologja tych stanów wegetatywnych, które wywołują patologiczne podrażnienie okolicy zatokowej serca, a co za tem idzie, stałe przyspieszenie akcji serca — nie jest dostatecznie wyjaśniona. Jako czynniki etjologiczne należy uważać rozmaite choroby zakaźne oraz zatrucia a także, jak to autorowie wykazują: ukrytą nadczynność tarczycy. Dla wykrycia tej nadczynności tarczycy autorowie oznaczali podstawową przemianę materji i przekonali się, że na 27-miu badanych u 7-miu chorych stwierdzono wzmożoną przemianę materji, co należy odnieść do nadczynności tarczycy. Powyższy sposób badania pozwala wykryć tylko jawną postać nadczynności tarczycy, wobec czego autorowie przeprowadzili też badania nad próbą Mico u pozostałych chorych. W wykonaniu tej próby, u badanego oznacza się naczczo podstawową przemianę materji a następnie po podskórnem wstrzyknięciu pół miligrama adrenaliny, przeprowadza się jeszcze dwukrotnie powyższe badanie w pół godziny i w godzinę po wprowadzeniu adrenaliny. Wynik tego badania uważa się za dodatni, t. j. za dowód istnienia utajonej nadczynności tarczycy, wówczas, gdy po wprowadzeniu adrenaliny, podstawowa przemiana materji ulegnie wzmożeniu co najmniej o 20%. Zapomocą powyższej próby autorom udało się wykazać kilkakrotnie utajoną nadczynność tarczycy, co oczywiście wpłynęło na zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Trzy okresy choroby nadciśnieniowej. (Les trois phases de la maladie hypertensive). A. Dumas.
Journal de Méd. de Lyon Nr. 281, r. 1931.

W niniejszej pracy autor omawia swoją myśl zasadniczą, łącząc pod nazwą: choroby nadciśnieniowej te zespoły chorobowe, które przebiegają z nadciśnieniem tętniczem. W myśl jego zapatrywań, t. zw. nadciśnienie samoistne, któremu nie towarzyszą wyraźne zmiany organiczne, anatomopatologiczne, stanowi tylko pierwszy okres choroby, po którym występuje okres drugi, wyrażający się obok nadciśnienia także zmianami w narządach wewnętrznych, ujmowany dotychczas jako zespół sercowo-nerkowy. Wreszcie okres trzeci, końcowy choroby nadciśnieniowej jest tym zespołem, który obdarzamy mianem: miażdżycy tętnic.

Okres pierwszy czyli okres utajonej choroby nadciśnieniowej, obok skarg podmiotowych ze strony chorego, wyraża się klinicznie głównie tylko nadciśnieniem. Już w tym okresie jednak, zapomocą badań dodatkowych, można wykazać pewne zaburzenia, dotyczące wzajemnego stosunku poszczególnych ciał chemicznych, wchodzących w skład osocza krwi, jak n. p. wzmożona ilość cholesteryny, wzajemny stosunek globulin do albumin, wyższy poziom chloru we krwi i t. p. Autor uważa dla tego powyższy okres choroby nadciśnieniowej za wyraz zaburzeń ustroju, które przedstawiają uderzającą analogję z cierpieniami, powstającymi na tle skaz. Bardzo często można wykazać w rodzinnych wywiadach istnienie cukrzycy, dny, otyłości itd. Niekiedy można też stwierdzić, jako etjologję choroby nadciśnieniowej, kiłę, ale autor wyraźnie przestrzega przed zbyt ścisłem łączeniem choroby nadciśnieniowej z kiłową etjologją. W obrazie klinicznym na plan pierwszy wybija się podwyższone ciśnienie zarówno rozkurczowe, jak i skurczowe, a *Vaquez, Gley* i *Gomez* podkreślają podwyższenie się ciśnienia średniego. Skargi chorych mogą być bardzo skąpe, czasem zaś chorzy skarżą się na bóle głowy, zwłaszcza w porze rannej, na nocne oddawanie moczu (nykturia), na bolesne kurcze w górnych kończynach, rzadziej w dolnych, na zaburzenia wzrokowe i t. p. Serce w tym okresie wykazuje zazwyczaj dobrą sprawność, powoli jednak prze-

rasta; a nadto ulega rozstrzeni; przyczem tętno nieco się przyspiesza a nawet dochodzi do skurczów dodatkowych. Oczywiście, że w tym okresie mogą powstać nagłe powikłania, jak krwotoki mózgowe, z ich następstwami, ostre osłabienia mięśnia sercowego, przyczem oczywiście niejednokrotnie może nastąpić śmierć nagła.

W leczeniu należy uwzględnić nie tylko wzmożone ciśnienie, które autor uważa za dostosowanie się krążenia wobec zmienionych warunków przemiany materji w tkankach, bliżej jeszcze nieznanych, ale także trzeba stosować leczenie przyczynowe tam, gdzie etjologja może być wykryta, jak np. kiła, albo też leczenie ogólne, zapomocą kąpieli kwaso-węglowych, leków przeciwnerwowych, podawania jodu, w razie potrzeby insuliny i t. p.

Okres drugi, czyli okres zmian miąższowych, występuje u tych chorych niespostrzeżenie.

W nerkach stwierdzamy wzrastające ilości białka, wzrasta też azotemja; moczenie nocne staje się wyraźniejsze. Wątroba powiększa się, przyczem występują biegunki naprzemian z zaparciami. Niekiedy pojawiają się: krwotoki z nosa, dooponowe. W zakresie płuc zjawiają się objawy nieżytu uporczywego i umiejscowionego u podstawy płuc a zwłaszcza u podstawy płuca prawego. Często występuje duszność wysiłkowa, którą odnieść jednak należy już do zmian w czynności serca. Extrasysytole stają się wyraźniejsze, okresowo występują znaczne przyspieszenia tętna a nawet może się pojawić rzekoma lub prawdziwa dusznica bolesna. Serce a zwłaszcza komora lewa jest wyraźnie powiększona, to samo można stwierdzić w stosunku do aorty. Przysłuchowo stwierdza się zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą główną, objawy nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej a niekiedy rytm cwałowy. Bardzo charakterystyczne są według autora zmiany oczne, dotyczące naczyń siatkówki, przyczem zmiany te różnią się od zmian, spotykanych w zapaleniu nerek.

Z powikłań szczególnie często występują krwotoki do mózgu, ostre osłabienia mięśnia sercowego, związane z tem zmiany w płucach, jak obrzęk płuc. Nierzadko też się spotyka szybki rozwój sprawy chorobowej w nerkach pod postacią nephritis chronica vascularis. W tym też okresie widuje się w zakresie krążenia zespół, który autor nazywa zablokowanem nadciśnieniem. W tym zespole serce spełnia prawidłowo swą czynność, brak jest objawów czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej, ze strony obwodu nie stwierdzamy objawów zastoju. Natomiast ciśnienie, zarówno skurczowe jak i rozkurczowe, jest znacznie podwyższone i nierzadko dochodzi do $^{280}/_{150}$ mm Hg. Jako cechy omawianego zespołu występują objawy, które wskazują na to, że ustrój, który dotychczas dobrze znosił wysokie ciśnienie, naraz odmawia. Chorzy skarżą się na gwałtowne bóle głowy, bardzo bolesne skurcze w dolnych kończynach, wystąpić też mogą zaburzenia mózgowe i oponowe, we krwi stwierdzamy wówczas azotemję a nakłucie lędźwiowe wykazuje znacznie wzmożone ciśnienie płynu mózgowordzeniowego, ze wzmożoną ilością białka. Wśród drgawek następuje często śmierć, którą może też wywołać i schorzenie serca, przyczem anatomo-patologicznie nie udaje się stwierdzić żadnych, szczególnych zmian w mięśniu sercowym. Upusty krwi oraz leczenie moczopędne może niekiedy zapobiec tym groźnym powikłaniom. Należy zaznaczyć, że o ile w nadciśnieniu zablokowanem wystąpi arrhythmia completa, wówczas wyżej wspomniane niebezpieczeństwo zostało usunięte, przynajmniej doraźnie.

Leczenie choroby nadciśnieniowej w tym okresie różni się od leczenia dotychczasowego. Obok zwalczania nadciśnienia należy uwzględnić zmiany, wyżej podane w rozmaitych narządach a więc zmiany w sercu, w nerkach i w płucach.

Okres trzeci czyli okres inwolucji nadciśnienia, jak nazwa wskazuje, cechuje się powolnem obniżaniem zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego. Nie mniej to ciśnienie utrzymuje się jeszcze na wysokim względnie poziomie. W tym okresie występują zaburzenia ze strony mózgu pod postacią stanów melancholicznych, psychastenicznych a nawet pod postacią prawdziwych chorób umysłowych. Później pojawiają się małe ogniska rozmiękczenia mózgu, co wyrazić się może pewną sztywnością mięśniową a nawet zespołem Parkinsona. Ci chorzy skarżą się stale na osłabienie, zanik pamięci, energji przytem pod względem fizycznym chudną i zwolna występuje typowy obraz charłactwa. W tym też okresie mogą wystąpić większe ogniska rozmiękczenia mózgu, które, podobnie jak i krwiotoki mózgowe, w kilku dniach mogą prowadzić do śmierci. Naogół to obniżenie ciśnienia krwi czyni wrażenie, jakgdyby chodziło o prawdziwe podciśnienie tętnicze. Ze strony nerek azotemja utrzymuje się na niezbyt wysokim poziomie, na dnie oka można stwierdzić daleko posunięte zmiany, ale różne od tych, jakie spotyka się w poprzednim okresie. Anatomo-patologicznie nerka przedstawia się, jako mała nerka sklerotyczna.

Serce ulega też zwolna procesowi zanikowemu, przyczem jednak wobec spadku ciśnienia, spełnia jeszcze względnie dobrze swą czynność. Ciśnienie krwi rozkurczowe obniża się bardziej, niż ciśnienie skurczowe. Czynność serca jest nierówna i niemiarowa, o ile występują objawy niedomogi mięśnia sercowego, to dają się one przez pewien czas usuwać zapomocą podawania przetworów naparstnicy. Ostatecznie, o ile śmierć nie nastąpi z powodu zmian w mózgu, nerek lub osłabienia serca, to wśród obrazu zupełnego zniedołężnienia umysłowego i fizycznego, wśród objawów charłactwa chory ginie, najczęściej z powodu jakiejś choroby dodatkowej, natury zakaźnej lub t. p.

CHIRURGJA

Stosowanie w celach leczniczych lawatyw kroplowych ze stężonego roztworu chlorku sodu po operacjach brzusznych. (Le lavement chloruré hypertonique dans les suites opératoires en chirurgie abdominale). Clavel.

La Presse Méd. Nr. 81, październik 1931.

Autor zwraca tutaj uwagę na środek coprawda nie nowy, ale mogący bądźcobądź okazać w pewnych okolicznościach duże usługi. Chodzi o podawanie w lawatywie kroplowej (1 — 2 krople na sekundę) 20% roztworu chlorku sodu w ilości 100 — 200 cm³ na dawkę. Środek ten, podany w

sposób powyższy, wywiera działanie podwójne: z jednej strony — zwiększa zapas chlorków w ustroju (analogicznie do wprowadzania dożylnego stężonych roztworów chlorku sodu), z drugiej zaś — pobudza miejscowo dość intensywnie ruch robaczkowy kiszki. To ostatnie działanie tłumaczy się najprawdopodobniej przechodzeniem wody poprzez ścianę kiszki do jej światła, podobnie jak przy podaniu soli przeczyszczających przez usta; tylko, że środki przeczyszczające, hypofizyna, pilokarpina i t. p. wywierają działanie ogólne, nasilając ruch robaczkowy całego przewodu pokarmowego, co w okresie pooperacyjnym nie zawsze bywa pożądane; kiedy tymczasem lawatywa kroplowa z 20% roztworu chlorku sodu pobudza perystaltykę wyłącznie dolnego odcinka i, poza tem, działanie to daje się łatwo miarkować przez przerwanie lawatywy w odpowiednim momencie.

Zwykle już pod koniec stosowania tego rodzaju lawatywy (z 200 cm^3) odchodzą obficie gazy, a po kwadransie — chory oddaje często i stolec. Powikłań się prawie nie widuje, co najwyżej mogą wystąpić przed samem oddaniem gazów krótkotrwałe i niewielkie bóle brzucha. Te niewielkie minusy bywają zrównoważone z nadmiarem przez ogromną ulgę, jaką odczuwa chory w okresie pooperacyjnym po oddaniu wczesnem gazów.

Autor zastosował ów sposób leczniczy w 15 przypadkach pooperacyjnych (przepukliny uwięźnięte, przedziurawienie żołądka wskutek wrzodu, niedrożność jelitowa mechaniczna, operacje ginekologiczne i t. p.), przyczem lawatywę robiono albo zaraz po operacji, albo w 24 — 36 godzin po tem (w okresie największego nasilenia się dolegliwości, wskutek nieodchodzenia gazów). Wynik był zawsze niezawodny i zupełnie pomyślny, bez powikłań.

Stosowano również tego rodzaju lawatywę przez zgłębnik Nélatona, wprowadzony do przetoki kiszkowej (ileostomia), z wynikiem równie pomyślnym.

Autor nie stosował lawatywy kroplowej ze stężonego chlorku sodu po operacjach, w czasie których wykonywano szew kiszki (np. wycięcie wyrostka), bojąc się — zresztą może niesłusznie — rozluźnienia tych szwów w razie wystąpienia zbyt silnych i rozległych skurczów kiszek.

Leczenie wrzodu trawiennego pooperacyjnego — ulcus pepticum jejuni. (Le traitement de l'ulcère peptique postopératoire) — temat programowy XXXX Zjazdu Chirurgów Francuskich. G o s s e t. *La Presse Méd. Nr. 81, październik 1931.*

Na wstępie podkreśla autor te czynniki etjologiczne, które sprzyjają powstawaniu pooperacyjnych wrzodów trawiennych, a mianowicie: brutalne operowanie, miażdżenie tkanek kleszczykami i klampami, używanie do szycia nici niewsysających się.

Jeśli mamy do czynienia z wrzodem już wykształconym, to wogóle należy zarzucić myśl próbowania leczenia wewnętrznego, farmakalogicznego, gdyż nie prowadzi ono do niczego, a tymczasem powstają powikłania, które z reguły ogromnie utrudniają, jeśli wogóle nie uniemożliwiają dokonanie następowej operacji.

Przy wyborze tego czy innego sposobu operacyjnego należy się kierować w pierwszym rzędzie ogromną tendencją wrzodu trawiennego pooperacyjnego do nawrotów, tendencją szczególnie wyraźnie zaznaczoną u chorych w młodym wieku i w przypadkach wrzodu dwunastnicy.

I. P r z y p a d k i w r z o d u p o o p e r a c y j n e g o p o z e s p o l e n i u ż o ł ą d k o w o - j e l i t o w e m. Po odsłonięciu ściany żołądka w miejscu zespolenia i zespolonej pętli jelita czczego (uwaga na naczynia krezki poprzecznicy!) następuje moment wydania decyzji, czy mamy się ograniczyć do z a b i e g u z a c h o w a w c z e g o — skasowania zespolenia i wycięcia wrzodu (jeśli odźwiernik jest całkowicie drożny), lub wykonania nowego zespolenia w miejscu starego względnie przetoki jelita czczego, jejunostomia (jeśli odźwiernik jest zwężony), — czy też uciec się do zabiegu bardziej d o s z c z ę t n e g o to jest do wycięcia mniej lub więcej znacznej części żołądka (gastrectomia).

Przy wyborze drogi zachowawczej należy pamiętać o uzupełnieniu operacji w możliwie każdym przypadku plastyką odźwiernika wdg. *Finney'a* (wycięcie ⅔ zwieracza).

II. P r z y p a d k i w r z o d u p o w y c i ę c i u c z ę ś c i ż o ł ą d k a. Przypadki takie nie są bynajmniej rzadkie (koło 15% wszystkich rezekcyj żołądka — wdg. *Mayo)*. Rokowanie bywa tu naogół niepomyślne. Leczenie polega albo na jeszcze bardziej rozległem wycięciu żołądka (technicznie bardzo trudnem — duża śmiertelność pooperacyjna), albo na wytworzeniu przetoki jelita czczego (jejunostomia).

III. P r z y p a d k i w r z o d u p o o p e r a c y j n e g o, p o w i k ł a n e g o p r z e d z i u r a w i e n i e m. Ogólnie biorąc, należy się starać wyciąć wrzód, odtworzyć możliwie dokładnie prawidłowe warunki anatomiczne, ewentualnie zabezpieczyć opróżnianie się żołądka przez wytworzenie nowego zespolenia. Jeśli stan chorego jest ciężki, można narazie ograniczyć się do zaszycia miejsca przedziurawienia, a dopiero po kilku tygodniach dokonać utworzenia warunków anatomicznych i ewentualnie wycięcia wrzodu.

IV. P r z y p a d k i w r z o d u, p o w i k ł a n e p o w s t a n i e m p r z e t o k i ż o ł ą d k o w o - j e l i t o w o - o k r ę ż n i c o w e j (fistula gastro-jejuno-colica). Najlepsze wyniki daje oddzielenie od siebie i obszycie oddzielnie każdego z tych 3 odcinków przewodu pokarmowego, uzupełnione w miarę możności odtworzeniem prawidłowych warunków anatomicznych. Doraźne wycięcie żołądka w tego rodzaju przypadkach daje olbrzymią śmiertelność pooperacyjną, której nie równoważą nawet te nieliczne pomyślne wyniki pooperacyjne.

Nadmierne zwiększenie stężenia cukru we krwi — jako stały objaw okresu pooperacyjnego po operacjach na przewodzie pokarmowym. (L'hyperglycémie - réaction constante consécutive aux interventions du tube digestif). C e r f i P a u l y. *La Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1931.*

Po wszelkich operacjach poważniejszych, a zwłaszcza operacjach brzusznych występuje cały szereg mniej lub więcej silnie zaznaczonych obja-

wów (przedewszystkiem niedomoga sercowo-naczyniowa), składających się na obraz tak zwanego wstrząsu pooperacyjnego (shock). Mechanizm chorobotwórczy powstawania tego wstrząsu i jego istota są dalekie jeszcze od całkowitego wyjaśnienia. Autorowie, jako przyczynek do wyjaśnienia powyższego mechanizmu, przytaczają wyniki spostrzegania przez siebie i leczenia odnośnych powikłań pooperacyjnych w 26 przypadkach operacyj na przewodzie pokarmowym (żołądek, dwunastnica, pęcherz żółciowy, jelita).

Otóż zauważyli oni tutaj dosyć częste występowanie zespołu objawów jak silne pragnienie, utrzymujące się w ciągu pierwszych 2 — 3 dni po operacji, obecność acetonu w moczu (kwasica), wymioty, charakterystyczne dla tak zwanej ostrej rozstrzeni żołądka, i inne. Zespół ten przypomina objawy cukrzycy, co naprowadziło autorów na myśl badania poziomu cukru we krwi w stanach powyższych. We wszystkich spostrzeganych przez nich przypadkach poziom cukru we krwi przed operacją był prawidłowy lub obniżony, do 0,7 a nawet 0,5 na 1000 (wyniszczenie wskutek niedostatecznego odżywiania). Po operacji stężenie cukru u wszystkich chorych znacznie wzrastało już począwszy od pierwszego dnia po operacji i utrzymywało się na tym poziomie w ciągu trzech dni. W dwu przypadkach, w których stężenie cukru we krwi dochodziło do 1,8 — 2,0 na 1000, spostrzegano wybitnie zaznaczone silne pragnienie, acetonurję, wymioty obfite i znaczne wzdęcie brzucha (obraz tak zwanej niesłusznie ostrej rozstrzeni żołądka). W przypadkach tych wstrzyknięcie odpowiedniej dawki insuliny (40 jednostek) sprowadziło bardzo szybką i ogromną poprawę. W związku z tem autorowie przyszli do przekonania, że tak zwana dotychczas ostra rozstrzeń żołądka nie jest niczem innem, jak tylko następstwem ostrego przecukrzenia (hyperglycaemia) i zakwaszenia ustroju.

Stopień owego stałego pooperacyjnego podwyższania poziomu cukru we krwi chorych, spostrzeganych przez autorów, zależał wyłącznie od długości trwania i rozległości samego zabiegu operacyjnego. Rodzaj narkotyku, użytego do usypiania względnie do znieczulania, nie grał tutaj żadnej roli.

Mechanizm powstawania tego zjawiska polega prawdopodobnie na zakłóceniu pod wpływem aktu operacyjnego czynności układu wątrobowo-trzustkowego, na drodze zaburzeń w krążeniu lub też odruchu nerwowego. Nie jest również wyłączone, że gra tutaj rolę także wpływ pobudzający względnie hamujący ośrodkowego układu nerwowego na czynność glikolityczną wątroby.

Z powyższych rozważań nasuwają się pewne wskazówki praktyczne, a mianowicie: z arsenału środków, stosowanych przy leczeniu powikłań pooperacyjnych, wyłączyć należy wstrzykiwania roztworów cukru, adrenaliny i hypofizyny — jako środków, działających hamująco na wydzielanie trzustki i zwiększających tem samem stężenie cukru we krwi. A zaleca się zato bardzo wstrzykiwania insuliny, w ilości 20 — 40 jednostek dziennie.

Pneumokokowe zapalenie otrzewnej. (Les péritonites à pneumocoques) — temat programowy XXXX Zjazdu Chirurgów Francuskich. **Bréchot i Nové-Josserand.** *La Presse Méd. Nr. 82, październik 1931.*

W większości przypadków chodzi tutaj o zapalenia otrzewnej pierwotne, samoistne (u dzieci płci żeńskiej), rzadziej — widuje się obecność pierwotnego ogniska zakażenia dwoinkami zapalenia płuc poza otrzewną, np. w płucach, opłucnej, uchu środkowem, oponach, co ma miejsce przeważnie w wieku dorosłym i u niemowląt.

Choroba przebiega albo jako rozlane zapalenie otrzewnej (postać septyczna, ropna lub o ropniach mnogich), albo też jako zapalenie ograniczone, w którem typowo spotykamy się z jednym dużym ropniem, przylegającym do przedniej ściany brzucha poniżej pępka, mniej więcej w linji środkowej. Zakażenie otrzewnej dwoinkami zapalenia płuc przychodzi do skutku najczęściej na drodze krwionośnej (pneumococcaemia); rzadziej — bezpośrednio z jelit (autorowie nie uwzględniają tutaj wcale przypadków przedziurawienia ściany kiszki) lub z organów rodnych kobiecych, a najrzadziej — poprzez przeponę (per continguitatem).

Obraz kliniczny cierpienia. Początek bywa zawsze ostry. Do objawów charakterstycznych należą: silne bóle brzucha, gorączka biegunki i wymioty. Bóle naogół nie bywają dokładnie umiejscowione, raczej — rozlane, w niektórych przypadkach — ich nasilenie bywa względnie niewielkie. Wymioty czasami trwają tylko kilka godzin, czasami zaś utrzymują się w ciągu kilku dni. Bardzo ważnym ze względu na rozpoznanie różniczkowe objawem jest biegunka, zwłaszcza jeśli trzeba wyłączyć ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (któremu towarzyszy typowo zaparcie stolca). Gorączka może być różnego typu, tętno liczbowo odpowiada naogół gorączce, ale nie bywa, prawie nigdy tak upośledzone, jak w zapaleniach otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Język suchy. Często widuje się opryszczkę (herpes labialis). Brzuch jest umiarkowanie wzdęty, miękki, podatny, bolesny nieco przy ucisku (najwięcej koło pępka).

Stan ogólny zależy od stopnia zakażenia; bywa bardzo ciężki w postaciach uogólnionych septycznych (facies abdominalis), względnie dobry — w przypadkach zapalenia otrzewnej umiejscowionego. Ropnie ograniczone mogą się formować — poza najczęstszem umiejscowieniem między pępkiem i spojeniem łomowem — na talerzach biodrowych i w małej miednicy, i mogą opróżniać się samoistnie nazewnątrz (w miejscu pępka) lub do pęcherza moczowego, pochwy, kiszki.

Przebieg cierpienia bywa bardzo różnorodny — od zejścia śmiertelnego w ciągu pierwszych 24 godzin (w postaciach septycznych) do przebiegu, trwającego szereg tygodni, a nawet miesięcy, powikłanego nawrotami.

Rozpoznanie może nastręczać duże trudności, jeśli chodzi o odróżnienie pneumokokowego zapalenia otrzewnej od zapalenia otrzewnej w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza jeśli to ostatnie zostało wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, co zdarza się jednakże w pewnej liczbie przypadków. W zapaleniu otrzew-

nej wskutek ostrego zapalenia wyrostka do biegunek dochodzi w pierwszych dniach choroby naogół rzadko, powłoki zaś brzuszne bywają znacznie napięte i bolesność uciskowa wyraźnie ograniczona do okolicy wyrostka. Wreszcie, charakterystycznem jest dla zapalenia otrzewnej pneumokokowego znaczne zwiększenie liczby białych ciałek krwi, do 30 tysięcy i wyżej, ze znaczną przewagą leukocytów segmentowanych (do 90%); w przebiegu zapalenia otrzewnej od wyrostka tak dużej leukocytozy naogół nie widuje się.

L e c z e n i e. W okresie początkowym pneumokokowego zapalenia otrzewnej rozlanego zabieg operacyjny — zgodnie z opinją autorów — nie jest wskazany, a nawet jest przeciwwskazany jako niecelowy i wywołujący zwykle znaczne pogorszenie w stanie chorego. Jedynie tylko w przypadkach, w których nie udaje się wyłączyć z całą pewnością przedziurawienia wyrostka robaczkowego, wskazanem będzie otwarcie brzucha.

W okresie późnym, kiedy mamy już sformowany i wyraźnie odgraniczony ropień, przylegający do powłok brzusznych (zwykle po 20 dniach dopiero od początku choroby), należy naciąć jego ścianę i sączkować go w sposób zwykły. Jeśli ropień jest położony głęboko i nie przylega bezpośrednio do powłok zewnętrznych, lepiej będzie wstrzymać się z zabiegiem jeszcze na pewien czas.

Wczesne leczenie operacyjne złamań otwartych goleni. (Le traitement chirurgical immediat des fractures ouvertes de jambe) — temat programowy XXXX Zjazdu Chirurgów Francuskich. **R o u x i S é n è q u e.**
La Presse Méd. Nr. 83, październik 1931.

Autorowie uwzględniają w swem zestawieniu wyłącznie złamania t r z o n u kości goleniowej lub obu kości goleni, w których ognisko złamania komunikuje się b e z p o ś r e d n i o ze światłem rany skórnej. Leczeniem w c z e s n e m nazywa się zabieg, wykonany zanim wystąpią objawy zakażenia rany. Najmniej narażonemi na zakażenie są złamania otwarte pośrednie (ze zgięcia lub skręcenia), w których rana powstała wskutek przebicia tkanek miękkich od wewnątrz ku zewnątrz, przez odłam kostny. Gorsze rokowanie jest w złamaniach otwartych bezpośrednich bez podparcia (np. wskutek kopnięcia przez konia) lub postrzałowych, najgorsze — w złamaniach bezpośrednich z podparciem (np. wskutek przejechania), w których często dochodzi do rozerwania na znacznej przestrzeni, zmiażdżenia i odwarstwienia skóry i rozległego stłuczenia i zmiażdżenia pozostałych tkanek miękkich, stanowiących doskonałą pożywkę dla różnego rodzaju drobnoustrojów. Poza tem, rokowanie zależy tu również od wieku chorych (mała odporność na zakażenie u starców), od tego, czy wypadek miał miejsce w mieszkaniu, czy na ulicy (większa łatwość zakażenia) i, wreszcie, od ewentualnych chorób ogólnych, jak cukrzyca, zapalenie nerek, kiła, alkoholizm, niedomoga serca.

W y k o n a n i e z a b i e g u. Po wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej i przeciwzgorzelinowej i zapoznaniu się dokładnem ze stroną anatomiczną złamania na podstawie zdjęcia rentgenowskiego, przystępujemy do operacji w uśpieniu ogólnem lub znieczuleniu lędźwiowem. Najpierw wycinamy nierówne pomiażdżone brzegi skóry, tkanki podskórnej, usuwamy wylaną krew płynną i skrzepy krwawe, później przechodzimy głębiej, wycinamy możliwie doszczętnie wszelkie zmienione chorobowo części mięśni i tkanki łącznej, likwidujemy krwiaki głębokie, usuwamy wolne odłamki, oddzielone całkowicie od okostnej, odcinamy końce odłamów, które sterczały poprzez ranę skórną nazewnątrz, ranę przemywamy ciepłym roztworem fizjologicznym, tamujemy dokładnie krwawienie i, wreszcie, przystępujemy do właściwego zestawienia odłamów i ich ustalenia.

Ta część operacji wymaga już — zależnie od przypadku — pewnego indywidualizowania, różnicowania. Mogą tu być następujące możliwości: 1) szybko dostarczone do szpitala złamanie pośrednie, bez bardziej rozległego zmiażdżenia skóry i mięśni i bez potrzaskania kości — zestawienie krwawe odłamów, unieruchomienie ich (przy tendencji do przemieszczania się) zapomocą związania struną lub ścięgnem reniferowem, całkowite zaszycie rany z pozostawieniem jedynie paru nitek silkowych jako sączka i opatrunek gipsowy; 2) złamania ze znacznym ubytkiem skóry, rozległem zmiażdżeniem mięśni i potrzaskaniem kości — unieruchomienie zapomocą przyrządu zewnętrznego Lambert - Quénu - Mathieu lub innego wyciągu stałego (strzemię, gwóźdź wbity w kość piętową), bez szycia tkanek miękkich; podobnie postępujemy w przypadkach, dostarczonych do szpitala późno, gdzie jest obawa co do zakażenia.

Co się tyczy przypadków, w których nastąpiło zupełne zmiażdżenie skóry, mięśni i kości w miejscu złamania, to tam pozostaje do wykonania tylko odjęcie kończyny. Z drugiej strony, w złamaniach z minimalnem obrażeniem tkanek miękkich i niewielką ranką skórną można się śmiało ograniczyć tylko do wycięcia brzegów rany i jej zaszycia, nie wkraczając głębiej wcale.

W przypadkach rozległego ubytku kości chory musi być poddany kilku następującym po sobie zabiegom: toaleta rany, wtórny szew skóry, przeszczepienie kości. Na zakończenie, autorowie zaznaczają z naciskiem, że we wszelkich złamaniach otwartych z jednej strony należy dążyć do wczesnego zaszycia rany w każdym możliwie przypadku (szybkie zagojenie rany, brak niebezpieczeństwa wtórnego zakażenia ogniska złamania, nieporuszanie odłamów przy zmianach opatrunków i t. p.), z drugiej zaś — nie pozostawiać w ranie nigdy blaszek metalowych, śrub i innych ciał obcych, używanych do szycia kości.

Najpewniejszym środkiem unieruchamiającym będzie tutaj opatrunek gipsowy; ale w przypadkach rozległego obrażenia mięśni w miejscu złamania lub uszkodzenia dużych naczyń lepiej jest narazie ułożyć kończynę w szynie lub zastosować wyciąg.

O tak zwanych „cystalgjach" czyli bolesnem oddawaniu moczu na tle nerwicy pęcherza; istota cierpienia i jego leczenie. (De la pathogénie et du traitement de certaines cystalgies). Marion i Dalsace.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 1, styczeń 1931 r.

Cystalgja jest cierpieniem, polegającem na częstem i bolesnem oddawaniu moczu, zwłaszcza w dzień (nocą objawów chorobowych może nie być wcale), przy braku jakichkolwiek objawów zapalnych ze strony pęcherza moczowego; ogół lekarzy cierpienie to uważa dotychczas za pewnego rodzaju nerwicę pęcherza i leczy podawaniem różnych środków przeciwnerwicowych i uspakajających układ nerwowy (antineuralgica et sedativa) — przeważnie bez wyniku.

Cierpienie to spotyka się względnie często, zwłaszcza wśród kobiet, które przebyły kiedyś zapalenie pęcherza moczowego.

Spostrzeżenia autorów, oparte na materjale 35 odnośnych przypadków, (kobiet), doprowadziły ich do przekonania, że schorzenie powyższe nie ma nic wspólnego z tłem nerwowem, a polega — w ogromnej większości przypadków — na zakażeniu moczu, na zakażeniu tak dyskretnem, że nie powodującem wyraźnego odczynu zapalnego ze strony pęcherza. Jednakże zbadanie bakterjologiczne takiego moczu, wziętego z pęcherza cewnikiem, wykazuje obecność licznych drobnoustrojów chorobotwórczych jak prątek okrężnicy, gronkowce i inne.

Leczenie tego rodzaju chorych jest bardzo proste i skuteczne — wystarczy przemyć kilkakrotnie pęcherz moczowy roztworem Hydrarg. oxycyanati, żeby dolegliwości wszelkie ustąpiły całkowicie.

Poza zakażeniem moczu, w pewnej liczbie przypadków tak zwanej „cystalgji" znaleziono tło etjologiczne inne, a mianowicie: wadliwe położenie macicy (nadmierne przodopochylenie, przyszycie macicy do przedniej ściany brzucha z powodu tyłozgięcia, guzy macicy), przebycie świeżo operacyj chirurgicznych w zakresie narządów rodnych (wycięcie macicy) i schorzenia zapalne w zakresie małej miednicy. Operacje na narządach rodnych wywołują tutaj zaburzenia czynnościowe pęcherza na drodze zmiany jego statyki i uszkodzenia aparatu nerwowego czuciowo-ruchowego.

Przypadek bezmoczu, wywołanego przez zatkanie moczowodów czopem ropnym, a wyleczonego zapomocą zgłębnikowania jednego z moczowodów. (Anurie. Obstruction de la partie inférieure des uretères par un bouchon purulent. Cathétérisme d'un uretère. Guérison). Lepontre.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 2, luty 1931.

Autor spostrzegał chorego, u którego dosyć nagle (po kilkudniowych objawach niedrożności kiszkowej, które ustąpiły zupełnie po lawatywie), bez jakichkolwiek uprzednich zaburzeń ze strony układu moczowego, wystąpił bezmocz, który utrzymywał się w ciągu czterech dni (do czasu zastosowania właściwego leczenia) i doprowadził do nagromadzenia się we krwi azotu bezbiałkowego w ilości 3 g na litr.

Przy wprowadzaniu do jednego z moczowodów zgłębnika wysunął się zeń długi czop ropny, ciągnący się, miękki, poczem wprowadzono już bez trudu zgłąbnik do miedniczki, przez który zaczął się wydzielać obficie mocz mętny. W ciągu kilku dni poziom azotu we krwi spadł do normy, a ilość dobowa moczu była prawidłowa.

O ile przy pierwszem wziernikowaniu pęcherza stwierdzono zupełną niedrożność moczowodów i brak wypływu moczu z nich, to przy następnem badaniu już obydwa moczowody działały prawidłowo.

Bezmocz, wywołany przez zatkanie moczowodów ropą, jest naogół zjawiskiem rzadkiem, tembardziej jeśli występuje nagle, bez uprzedniego schorzenia dróg moczowych. W każdym bądź razie należy pamiętać o tej ewentualności i nie dać się sprowadzić na drogę błędnego rozumowania przez ujemny wynik zdjęcia rentgenowskiego (brak kamienia!), żeby przez zastosowanie odpowiedniego leczenia (zgłębnikowanie moczowodów) sprowadzić szybkie wyleczenie chorego.

W przypadku opisywanym prawdopodobnie zaburzenia kiszkowe były przyczyną zakażenia nerek (pyelonephritis enterococcica), co z kolei doprowadziło do zatkania moczowodów w dolnych ich częściach czopami śluzowo-ropnemi i następowego bezmoczu.

Leczenie ambulatoryjne rzeżączkowego zapalenia jądra. (Un traitement ambulatoire de l'orchite blennorrhagice). Wurmser.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 2, luty 1931.

Autor podaje stosowany przez siebie sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia najądrza względnie jądra, przy którym chory nie przerywa zupełnie swych zajęć codziennych, a wyzdrowienie następuje przeciętnie po 15 dniach.

Leczenie to polega na następujących zabiegach. Codziennie na dwie godziny, mniej więcej, przed posiłkiem przemywa się cewkę moczową przednią roztworem nadmanganianu potasu z 0,15 na 1000 (stopniowo zwiększając stężenie do 0,25 na 1000), ogrzanego do 39° C; przemywanie tylnej cewki jest zbędne, a nawet szkodliwe. Bezpośrednio po tem wstrzykuje się do żyły w zgięciu łokciowem cieniutką igłę, bardzo powoli, 5 cm^3 2% roztworu gonakryny; to p o w o l n e wstrzykiwanie ma na celu uniknięcie działania ubocznego tego środka pod postacią mdłości, uczucia gorąca (ogólnego lub umiejscowionego), bicia serca i t. p.

Przed pójściem spać chory stosuje sobie w ciągu pół godziny gorący okład z siemienia lnianego na mosznę i pachwinę po stronie chorej, poczem wprowadza do odbytnicy (zapomocą gruszki) 1 g antipyriny z 15 kroplami nalewki makowca (Tinct. Opii) w 60 cm^3 ciepłej wody przegotowanej.

Na dzień — suspenzorjum obszerne, wysłane watą, i smarowanie moszny 10% maścią gwajakową. Chodzenie należy możliwie ograniczyć do minimum. Dietetyka i higjena — jak wogóle w przypadkach ostrej rzeżączki.

Bóle ustępują zwykle już po pierwszem wstrzyknięciu gonakryny, rzadziej dopiero — po 2 lub 3 wstrzyknięciach. Obrzmienie ustępuje powoli.

Całkowita liczba wstrzyknięć wynosi 12 (á 5 cm^3 2% roztworu). Przeciwskazań do tego leczenia niema.

Ciemniejszego zabarwienia skóry („opalania się") można uniknąć, przyjmując raz dziennie — zwłaszcza w dni słoneczne — po 0,25 rezorcyny. W przypadkach występującego czasami przy leczeniu gonakryną (zresztą naogół rzadko) swędzenia skóry zaleca się kąpiele z dodatkiem krochmalu i dietę mleczno-owocową, ewentualnie środki czyszczące.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Drogi rozprzestrzeniania się procesów zapalnych w narządach płciowych kobiety. (Des voies de propagation des processus inflammatoires dans les organes gènitaux de la femme). I v a n o v.
Gynécol. Obstétr. T. XXIII, Nr. 3, str. 208.

Na zasadzie badania sekcyjnego bez odróżniania etjologji zakażenia autor omawia umiejscowienie i drogi rozprzestrzeniania się procesów zapalnych w narządach płciowych kobiety. Wnioski swe ujmuje w następujące punkty:

1. Śluzówka trzonu i szyjki macicy, a także pochwy jest wrotami zakażenia narządów płciowych wewnętrznych kobiety.

2. Pochwa jest narządem najczęściej zakażonym w okresie pozaciążowym.

3. Zakażenie i objawy zapalenia mają tendencję rozszerzania się nie po śluzówce, lecz zazwyczaj wchodzą wgłąb tkanki łącznej podśluzowej pochwy i przechodzą do tak zwanego splotu przypłciowego (plexus paragenitalis), opisanego przez autora jeszcze w 1911 r. i będącego splotem tkanki łącznej i naczyń chłonnych, idącym wzdłuż narządów wewnętrznych kobiety, aż do okolicy nerek.

4. Zakażenie czy zapalenie posuwa się po owym plexus paragenitilis, osiągając jajnik, jajowód, jamę brzuszną i okolicę nerek.

5. Zakażenie może iść od śluzówki szyjki bądź pochwy, ale także iść może od plexus paragenitalis i zająć szyjkę w części mięśniowej bez zajęcia śluzówki.

6. Do trzonu macicy przedostaje się zakażenie i zapalenie poprzez plexus paragenitalis, a nie od śluzówki (oczywista w okresie pozaciążowym).

7. Na jajnik zapalenie nie działa zazwyczaj bezpośrednio, lecz wysyła w jego kierunku toksyny, wywołując zanik i sklerozę jego części nabłonkowej.

8. Do jajowodu również przedostają się objawy zapalenia nie ze strony śluzówki, lecz przez plexus paragenitalis.

Podskórne injekcje tlenu w leczeniu świądu sromu. (Les injections sous - cutanèes d'oxygène et le prurit de la vulve). M e l c h i o r.
Gynècol. Obstétr. XIII, Nr. 3, 1931, str. 222.

Wychodząc z założenia, że tlen wpływa odżywczo na komórki i na tkanki, autor postanowił za przykładem *P. Duval'a* wyprobować działanie tlenu w injekcjach podskórnych w leczeniu swiądu sromu. Schorzenie to, jak wiadomo niezwykle uporczywe, opiera się niekiedy wszelkim próbom terapeutycznym, doprowadzając chore do rozpaczy. W takich to rozpaczliwych przypadkach rozpoczął swe leczenie autor. Wstrzykiwanie tlenu zwłaszcza w początku jest bolesne. Zaczyna się od wprowadzenia tlenu pod skórę warg większych, aż do zupełnego ich wypełnienia; stają się one wówczas żywo czerwone, z wybitnem rozszerzeniem żył. Najżywszą bolesność odczuwa chora w momencie wbijania igły wgłąb warg większych bardzo dotkliwych. Tlen wprowadzony pod skórę niekiedy ucieka w kierunku spojenia łonowego i powłok brzusznych, natomiast bardzo rzadko przedostaje się do wargi mniejszej: widocznie połączenie pomiędzy wargami mniejszą i większą jest rzadkie. Niekiedy gaz wstrzykiwany przedostaje się do pośladków lub ud, niema to jednak większego znaczenia. Natomiast unikać trzeba wprowadzenia tlenu do naczyń krwionośnych. W obserwowanych przez autora 9-ciu przypadkach, nie zdarzył się ani jeden przypadek embolji, w jednym tylko dotyczącym osoby bardzo nerwowej przyszło do zapaści natychmiast po wstrzyknięciu zresztą bez wykazalnych objawów embolji.

Mechanizm działania injekcji tlenu polega, zdaniem M. na odżywczem działaniu tlenu — czynnik rozciągania nie może być tu brany w rachubę, gdyż probowane uprzednio wstrzykiwania roztworu soli fizjologicznego w ilościach rozciągających wargi nie przynosi żadnego skutku. Stosowanie innego gazu, a mianowicie dwutlenku węgla, nietylko nie dało efektu leczniczego, ale jeszcze znacznie wzmogło swiąd sromu.

Wyniki lecznicze injekcji tlenu w zwalczaniu swiądu sromu były bardzo dobre, dając w większości przypadków długotrwałe wyleczenie. W każdym razie jeśli nie całkowite uzdrowienie, to długotrwałą poprawę dawało omawiane leczenie,

które zawiodło tylko w 2 przypad. na ogólną ilość 9-iu.

W sprawie zakażenia rzeżączkowego kobiety, wstępującego przez t. zw. plexus paragenitalis. (De l'infection blennorragique ascendante de la femme parles voies paragénitales). I v a n o v.
Gynec. Obst. T. XXIII, Nr. 3, str. 216.

Na zasadzie stwierdzenia objawów zapalenia przy końcu brzusznym jajowodu wobec braku tych objawów w części bliższej macicy, autor jest zdania, że zakażenie gonokokowe propaguje się w narządach płciowych przez plexus paragenitalis (splot łączono-tkankowy, towarzyszący narządom rodnym kobiety od pochwy aż do okolicy nerek), a nie przez śluzówkę.

Dla ilustracji swych poglądów przytacza przypadek operacyjnie leczonego gonokokowego zapalenia przydatków; preparat uzyskany na drodze operacji zbadano mikroskopowo.

Wycięcie częściowe nervus praesacralis. (Rèsection du sympathique pelvien). (Nerf présacré de Latarjet et Ph. Rochet plexus hypogastrique supèrieur d'Hovelacque). C o t t e.
Gynècol.-Obstétr. T. XIII, Nr. 3, 1931 r., str. 233.

Autor opisuje dokładnie sposób wykonania operacji swego pomysłu, podanej przezeń jeszcze w r. 1924, a polegającej na wycięciu częściowem nerwu przedkrzyżowego (nervus praesacralis); operacja ta ma na celu, jak wiadomo, zniesienie bólów w zakresie miednicy małej o podkładzie nerwowym funkcjonalnym (bolesne miesiączkowanie, bóle nerwowe pęcherza, parcie na kiszkę stolcową, pochwica (vaginismus), dyspareunia i t. d.

Znieczulenie lędźwiowe. Cięcie według Pfanenstiel'a tuż nad spojeniem łonowem. Wycięcie wyrostka robaczkowego. Jak najdokładniejsze obejrzenie całego wewnętrznego narządu rodnego w celu usunięcia wszelkich zmian patologicznych, mogących wywołać bóle w zakresie miednicy małej. Przystępując do wycięcia częściowego nervus praesacralis należy ustalić następujące 3 punkty anatomiczne orjentacyjne: 1) wzgórek kości krzyżowej (promontorium), 2) rozgałęzienie tętnic biodrowych, i 3) na lewo od linji środkowej podstawa krezki kiszki grubej z naczyniami krwionośnemi. Cięcie w otrzewnej ściennej tylnej należy prowadzić na wysokości V kręgu lędźwiowego w linji środkowej w kierunku strzałkowym na długość 5—6 cm.

Po rozszerzeniu brzegów cięcia w otrzewnej ukazuje się płytka nerwowo-łącznotkankowa, pokrywająca ciało kręgu; ta właśnie płytka rozgałęziając się ku dołowi na dwie odnogi, jest nerwem przedkrzyżowym (nervus praesacralis według Latarjet i Ph. Rochet, i plexus hypogastricus superior według Hovelacqu'a). Wystarczy teraz podnieść ją nieco ku górze, np. zapomocą igły Deschampa, oddzielając w ten sposób od kręgu i otoczenia, i wyciąć kawałek 2—5 cm. długości, a główne tempo operacji jest skończone. Najłatwiej dostać się zazwyczaj pod nerw od strony prawej, od lewej niekiedy oddzielać trzeba na ostro, przyczem, dbać należy, aby nie uszkodzić naczyń krezkowych. Zamknięcie otworu w otrzewnej szwem kapciuchowym i zamknięcie jamy brzusznej kończy operację. Żadnych powikłań w zakresie funkcji narządów miednicy małej, któreby można było związać z usunięciem nerwu przedkrzyżowego autor nie spostrzegł, pomimo 6-letniego doświadczenia.

Powikłania moczowe po operacji Wertheima. (Complications urinaires aprés l'operation de Wertheim). D o u a y i A n t o n o p o u l o s.
Gynécologie Obstètr. T. XXIII, Nr. 3, str. 196.

Autor *(Douay)* przebiega myślą wszystkie ważniejsze powikłania moczowe po operacji Wertheima, zatrzymując się najdłużej na uszkodzeniach pęcherza powodujących rozległe obumarcie jego ściany, dotyczące niekiedy prawie całego pęcherza. Trzy takie przypadki przytacza, obserwowane przez *Antonopoulos'a*, siebie i *Hisgena.*

I przypadek *(Antonopoulos'a).* Operacja Wertheima z obustronnem podwiązaniem art. hypogastrica i z założeniem worka Mikulicza. Na 10-ty dzień po operacji wystąpiło krwawienie z pęcherza, a w końcu dołączyły się objawy ogólnego zakażenia i miejscowe zapalenie pęcherza z obecnością gronkowców i paciorkowców, na 13-ty dzień wytworzyła się przetoka kałowa brzuszna i pochwowa; na 20-ty dzień wydobyto przez ranę w powłokach brzusznych strzęp tkanki zmacerowanej wymiarów 20 . 15 cm., który okazał się częścią ściany pęcherza o grubości 2-5 mm. W dalszym przebiegu przetoka pęcherzowo-brzuszna zamknęła się, natomiast przetoka pęcherzowo-pochwowa zeszyta została w sposób typowy przez zdwojenie z dobrym skutkiem.

Z biegiem czasu pojemność pęcherza powiększyła się z 50 $cm.^3$ na 100 $cm.^3$ chora oddaje mocz co 1½ godz. i czuje się dobrze. Cystoskopja wykazała wytworzenie się z powrotem całej ściany pęcherza.

II. Przypadek *(Douay)* obserwowany w szpitalu Broca. 21.IV.1926. I.-L. Faure wykonał operację Wertheima z podwiązaniem obustronnem art. hypogastrica, i z założeniem worka Mikulicza. W czasie operacji natrafiono na znaczne trudności przy oddzielaniu pęcherza i lewego moczowodu. Już na 4-ty dzień mocz miał domieszkę krwi, a na 7-my mocz pokazał się tak w ranie brzusznej, jak w pochwie. Na 19-ty dzień wydobyto przez otwór w powłokach brzusznych strzęp tkanki wielkości dłoni, który okazał się ścianą pęcherza i to prawie całego, tak, że na miejscu pozostał zaledwie trigonum Liethaudi wraz z ujściami moczowodów i szyjką pęcherza. Po paromiesięcznym okresie, bo w czerwcu zdecydowano się zeszyć przetokę pęcherzowo-pochwową, gdyż przetoka pęcherzowo-brzuszna zamknęła się samoistnie.

Wynik operacji był zupełnie zadawalający, ale dopiero w październiku można było przystąpić do cystoskopji, która wykazała pojemność zaledwie 60 $cm.^3$ i w miejscu prawdopodobnego ubytku bliznę różową, mocno wciągniętą.

III. Przypadek. *(Hisgen),* znany autorowi z piśmiennictwa nagół podobny do dwu wyżej opisanych, z tą jedyną różnicą w technice operacyjnej, że nie podwiązywano tętnic podbrzusznych (art. hypogastrica). Na ten ostatni szczegół techniki zwraca szczególną uwagę *Douay,* sądząc, że podwiązanie art. hypogastrica obustronnie spowo-

dować może nekrozę ściany pęcherza na drodze przecięcia jej odżywienia krwionośnego. Toteż jakkolwiek ligatura wyżej wspomniana czyni operację bardziej bezkrwawą, *Douay* odstępuje od niej na przyszłość, pouczony przez doświadczenia z pierwszych dwóch przypadków. Z drugiej strony jednak autor zwraca uwagę na zadziwiający i pocieszający fakt samoistnego wygojenia się tak znacznych ubytków ściany pęcherza, doprowadzający do wytworzenia się prawie nowego narządu, jakkolwiek o zmniejszonej pojemności. Z innych powikłań moczowych autor omawia zatrzymanie pooperacyjne moczu (radząc raczej codzienną kateteryzację, jak zakładanie cewnika á demeure), dalej przetoki, a więc tak moczowodowe, jak pęcherzowo-pochwowe.

Dla uniknięcia pierwszych radzi *J. L. Faure* preparować moczowód zawsze od strony wewnętrznej, gdyż naczynia i nerwy przychodzą doń od strony zewnętrznej; ponadto pamiętać należy, że w czasie operacji przebieg moczowodu zmienia się znacznie, przybierając kształt S, a to z powodu pociągania macicy i pochwy ku górze, przy pozostaniu pęcherza na miejscu.

Uszkodzenia pęcherza przy jego odpreparowywaniu od przedniej ściany macicy są stosunkowo rzadkie; jeśli nowotwór przerasta pęcherz, lepiej odrazu wyciąć ścianę pęcherza i zeszyć powstały stąd otwór szwem dwupiętrowym. Częstsze są natomiast wtórne uszkodzenia pęcherza, naprzykład przez wzięcie w szew zaułka pęcherza w czasie zakładania szwów na naczynia pęcherzowo-pochwowe. Ważną wreszcie postacią uszkodzeń pęcherza jest martwica jego ściany; ten stan patologiczny zilustrowany został dostatecznie przez opisane wyżej przypadki.

Gruźlica szyjki macicy. (La tuberculose du col de l'utérus). **B o n n e t L., H. B u l l i a r d.** *Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 2, 1931, str. 97.*

Gruźlica umiejscawia się w narządzie płciowym żeńskim najczęściej w jajowodzie, najrzadziej w szyjce; jeśli uszeregować poszczególne części narządu rodnego według częstości występowania w nich gruźlicy, to wymienić je należy w porządku następującym: jajowód, trzon macicy, jajnik, pochwa i szyjka macicy. To ostatnie umiejscowienie zdarza się mniejwięcej w stosunku 3 na 100, jeśli za 100 weźmiemy ilość przypadków gruźlicy przydatków.

Gruźlica szyjki macicznej może być pierwotna i wtórna. W pierwszym wypadku zakażenie wyjść może z nasienia męskiego, ewentualnie ze śliny, użytej dla zwilżenia prącia przed stosunkiem. Sprawa zakażenia na drodze płciowej ma ponadto wielkie znaczenie, dla zagadnienia gruźlicy wstępującej, rozprzestrzeniającej się na macicę i przydatki. Sprawa ta ostatecznie rozstrzygnięta nie jest, samo jednak bezpośrednie zakażenie szyjki macicy gruźlicą uważają autorzy za najzupełniej prawdopodobne.

Gruźlica wtórna szyjki macicy może mieć miejsce: 1) na tle zakażenia zstępującego od jajowodu po przez macicę, 2) na drodze przejścia laseczników Kocha przez naczynia chłonne, naprzykład z otrzewnej, 3) dzięki infekcji na drodze krwionośnej. Nadmienić należy, że ostatnio wymieniona droga zakażenia jest najczęstszym sposobem powstawania wtórnej gruźlicy szyjki macicznej.

Pod względem anatomicznym omawiane schorzenie może się umiejscawiać, bądź na części pochwowej, bądź wewnątrz kanału szyi.

Może ono przybierać następujące 3 postacie:

1) postać prosówkowa, bardzo rzadka;

2) owrzodzenie o dnie ciemno czerwonem, ziarnistym, niekiedy brodawkowatym, o brzegach nieregularnych, ostro ściętych lub nawet podminowanych; mikroskopowo stwierdza się obecność gruczołków i wyraźne zniszczenie tkanki, dotyczące również gruczołów, wykazujących metaplazję komórek;

3) postać bujająca albo brodawczakowata przypominające raka o typie kalafiora; mikroskopowo widać liczne pokręcone gruczoły, a w podścielisku znaczną ilość gruczołków. Poza opisanemi przed chwilą postaciami, dotyczącemi śluzówki szyjki macicy, może gruźlica umiejscowić się w miąższu jej ściany, dając niekiedy powód do wystąpienia przetok lub głębokich owrzodzeń.

Objawy kliniczne gruźlicy szyi macicy polegają na u p ł a w a c h, k r w a w i e n i a c h, występujących zwłaszcza po stosunku lub po badaniu (od krwawień spowodowanych przez raka różnią się dawnem występowaniem, gdyż sprawa chorobowa rozwija się znacznie wolniej), w nieznacznych *zaburzeniach* w *menstruacji* i *bólach,* o różnem umiejscowieniu.

Rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na wyniku badania wykazującego jedną z wyżej opisanych postaci anatomicznych, ponadto zwrócić należy uwagę na anamnezę osobistą i rodzinną, pamiętając o typowych dla gruźlicy ogólnych objawach, jak poty, osłabienie, stan gorączkowy. W djagnostyce różniczkowej pamiętać należy:

1) o endometritis cervicalis cum seu sine erosione; schorzenie oczywista nie da głębokiego owrzodzenia, jak przy gruźlicy;

2) kiła, daje owrzodzenie płaskie o dnie barwy mięśnia;

3) gruczolak ma barwę ciemniejszą, ciemnoczerwoną;

4) rak niekiedy wygląda bardzo podobnie do gruźlicy, będąc powodem dość częstych pomyłek.

Z dodatkowych badań laboratoryjnych bynajmniej nie wszystkie okazują się pomocne w rozpoznawaniu omawianego schorzenia: ani mikroskopowe badanie rozmazów, ani wszczepianie królikowi (zwierzę zabijają bakterje towarzyszące), ani odczyn Besredki; *jedynie mikroskopowe zbadanie wycinka wyjaśnić nam może wątpliwą zresztą sprawę.*

Leczenie winno uwzględniać tak stan ogólny, jak schorzenie miejscowe. Leczenie miejscowe zależnie od wielkości i rozprzestrzenienia schorzenia polegać będzie bądź na przypaleniu owrzodzenia termokauterem, bądź na amputacji szyi i części pochwowej, bądź wreszcie, w przypadkach zajęcia oprócz szyi, także trzonu lub przydatków macicy, na usunięciu narządu rodnego lub samej macicy. Drenowania jamy brzusznej należy się wystrzegać, gdyż przetoki sztucznie wytworzone goją się nie łatwo w przypadkach gruźlicy.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA

Choroba Meniera (Maladie de Menière). D e p o n s J.

Revue de laryngologie. 1930. Nr. 9.

Definicja choroby Meniera jako jednostki cechującej się anatomo-patologicznie krwotokiem, w obrębie błędnika, zaś klinicznie szumem w uszach, zawrotami głowy i głuchotą — uległa od czasu publikacji Meniera z r. 1861 pewnym modyfikacjom. Etiologicznie musimy bowiem przyznać pewne znaczenie także przewlekłym schorzeniom naczyń, jakoteż zaburzeniom naczynioruchowym. Te ostatnie nawet mocno na pierwszy plan się wysuwają, gdy właściwe krwotoki odsetkowo raczej należą do rzadszych. Dzisiaj musimy odróżnić zasadniczo trzy grupy Meniera: 1) apoplektyczną, cechującą się silnym jedno- lub parokrotnym insultem na tle krwotocznem; 2) formę przerywaną (intermitente) z objawami znacznie łagodniejszymi przy każdorazowym insulcie i bardzo nieregularnym odstępem tych ataków, podczas gdy w poprzedniej formie ataki występują bardzo regularnie i 3) formę ciągłą, którą autor nazywa „mal vertigineux“ z miernemi remisjami. Stan ten może trwać latami i kończy się, gdy wystąpi głuchota. (Związek między temi formami a etiologją anatomo-patologiczną, niestety, nie występuje jasno przy tym podziale. Ref.). Rokowanie Meniera co do słuchu jest niedobre, co do zawrotów natomiast po dłuższym lub krótszym okresie choroby dobre. Rozpoznawczo należy wykluczyć (nie mówiąc, oczywiście, o grubych przeoczeniach, jednak możliwych u praktyka nie otoskopującego: jak woskowina, ciało obce ucha zewnętrznego), zaburzenia drożności trąbki Eustachiusza, zapalenie ucha środkowego i jego chirurgiczne powikłania, przewlekłe sprawy infekcyjne, zwłaszcza lues, przewlekłe stany zatrucia ekso-i endogeniczne, dalej zapalenie nerwu słuchowego i guzy tegoż nerwu jakoteż kąta móżdżkowo-mostowego, schorzenia opuszkowe, móżdżkowe i mózgowe przyrody organicznej. Dopiero wówczas rozpoznanie zespołu Meniera jest ugruntowane. Oczywiście, należy się także strzedz nieodróżniania rzeczywistych zawrotów głowy od niekrytycznych zapadań pacjentów. Lecznictwo jest inne w napadach niż w pauzach. W napadach poza spokojem, leżeniem w ciemnym pokoju i zachowaniem milczenia medykacja jest inna, gdy przyjmujemy formę angiospastyczną (amylium nitrosum), niż przy angioparalizie (pijawki na skroń, brom, chloral, walerjana). W tym ostatnim razie dobre są też nakłucia lędźwiowe co 2 dni z odpuszczeniem 20 cm.^{3} płynu (Babiński). W p a u z a c h należy odróżnić zasady hygieny i profilaktyki ogólnej (regularna djeta, regularne wypróżnienia, zakaz alkoholu, tytoniu wysiłków fizycznych i umysłowych, emocji, hałasów, dobór klimatu: najlepiej podgórskiego) od leczenia sensu stricto. Tu musimy znów odróżnić leczenie chirurgiczne, które jest ultima ratio (labiryntektomia, dekompresje kanałów endolymfatycznych) od medykacji zachowawczej. W tej ostatniej należy odróżnić 1) leczenie kardiovascularne od 2) naczynioruchowego. Ad 1) odróżniamy a) stany polegające na arteriitis chronica i miażdżycy (Jod, Brom, Hydrargyrum cyanatum podskórnie, Arsen), b) stany z hipertensją (djeta, masaż, ciepłe kąpiele, natrium nitrosum, trinitrin, extractum aquosum visci albi) i c) stany z hipotenzją (strychninum). Ad 2) uwzględnimy tło neurotoniczne od tła endokrynologicznego. W tym ostatnim razie będziemy próbować opoterapji (ovarium thyreoidea, hypophysis etc.), w pierwszym trzeba rozróżnić przewagę sympatykotonii (pilokarpina, geneserinum sulfuricum, acetylcholin), od vagotonii (adrenalina, atropina, ergotamina). Mimo niepewności kryterjów dla rozróżnienia poszczególnych typów i idąc zrazu więcej po omacku, niewątpliwie w tem rozpaczliwem cierpieniu oddamy przy bacznej obserwacji i wytrwałości pacjentowi, wedle tych wskazówek znaczne usługi.

Rozważania na temat obecnego stanu lecznictwa raka krtani. (Réflexions á propos du traitement actuel du cancer du larynx. G. P o r t m a n.

j. w. Nr. 11.

Autor wymierza tutaj gwałtowne uderzenie radio- i rentgenoterapii raka krtani, stwierdzając, że jakkolwiek może to być przykre zwolennikom promieni, to jednak wymowa cyfr porównawczych, dotyczących wyleczeń samą energją promienistą i cyfr wyleczeń samym nożem przekonuje o bezwarunkowej wyższości chirurgji, która pozostanie dominującym środkiem leczenia raka krtani, póki nauka nie wypośrodkuje metody etiologicznej. Zależnie od wczesności rozpoznania i rozmiaru nacieku prowadzi do celu rozszczepienie krtani (thyrotomie), wycięcie krtani częściowe lub całkowite. Pierwsze dwie metody należy stosować nie szematycznie, lecz ściśle wedle indywidualnej sytuacji („une intervention à demande), tak że właściwie między niemi niema ostrej granicy. Energia promienista może, zdaniem autora, spełniać tylko zadanie metody pomocniczej pooperacyjnej.

Amputacja nagłośni pętlą rozżarzoną (L'epiglottectomie à l'anse chaude). G o u l e t.

j. w. Nr. 13.

Amputacja nagłośni całkowita lub częściowa jest, zdaniem autora, wskazaną 1) w ograniczonych naciekach gruźliczych, lub 2) przy gruźlicy nagłośni połączonej z owrzodzeniami i obrzękiem, gdy istnieje silna bolesna dysfagia, wreszcie 3) w wypadku wilka (lupus) nagłośni o gwałtownym przebiegu, dalej 4) przy nowotworach dobrotliwych (włókniakach, torbielach i 5) początkowych złośliwych ograniczonych do nagłośni. W tym ostatnim przypadku tylko przy braku macalnych gruczołów. Laryngoskopia bezpośrednia wcale, zdaniem autora do tego zabiegu nie jest konieczną. Wystarczy silna metalowa szpatułka językowa z odpowiednim chwytem. Uwidoczni ona guz dostatecznie. Następnie obejmuje się pętlą, używaną przy wyłuszczeniu migdałków guz, pomagając sobie w razie potrzeby pincetą w należytem jej ulokowaniu przy nasadzie guza, poczem należy silnie pętlę koło guza zacisnąć. Później należy przez drut przepuścić prąd, rozgrzewający możliwie jak najsłabiej. Po chwili operator usuwa pętlę, w której znajduje się chora nagłośnia. Znieczulenie po-

wierzchniowe 10%-ową kokainą, dotyczące śluzówki nasady języka, podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardła i samej nagłośni wystarcza. Injekcji nie potrzeba. Autor opisuje 3 przypadki operowane przezeń tą metodą. Pierwszy dotyczy bardzo ograniczonego wrzodu gruźliczego na szczycie nagłośni, drugi torbieli wielkości orzecha laskowego, umiejscowionej — poprzed nagłośnią w dołku nagłośniowojęzykowym prawym, trzeci torbieli nieco mniejszej jak poprzednia. Torbiel ta, wedle opisu, była zaopatrzona w smukłą szypułę i lokowała się jużto w lewym dołku nagłośniowo językowym, jużto *poza* nagłośnią, ponad strunami głosowemi.

Kazuistyka ta stanowi zajmującą serję przypadków zalecających się do cytowanej metody równie prostej, jak wdzięcznej w wynikach. Zdaje się jednak, że tak łatwe rozwiązanie techniczne i tak miłe wyniki nie wchodzą w rachubę przy poważniejszych, chociażby i ściśle ograniczonych guzach i naciekach, dotyczących rzeczywiście samego miąższu nagłośni, a odpowiadających podanemu na wstępie pracy zakresowi wskazań amputacji nagłośni.

Gruźlica krtani a kolapsoterapia. (Tuberculose du Larynx et Collapsotherapie). H. Retrouvey.
j. w. Nr. 14.

Do kolapsoterapii zaliczają się trzy metody: odma piersiowa, frenikotomia i torakoplastyka. Jako uzupełnienie odmy wymienić też należy, zwłaszcza w wypadkach jam gruźliczych płuca, które komunikują z jamą opłucnej i ropnego zapalenia opłucnej — „oleothorax", t. j. wstrzykiwanie oliwy gomenolowej do jamy opłucnowej i do jam płuca. Streszczenie wskazań tych poszczególnych metod, omówionych w pracy, możemy w referacie pominąć. Co do wpływu tych zabiegów na gruźlicę krtani zwraca autor uwagę na dokonaną ewolucję poglądów. Zrazu uważano je za przeciwwskazane przy gruźlicy krtani, potem za obojętne dla niej, a ostatnio podkreślają korzystny w wielu wypadkach wpływ ich. Nie tylko odmę i zabieg na nerwie przeponowym, lecz nawet tak znaczną operację jak torakoplastyka uważają autorowie, jak np. Poix za dopuszczalną, a czasem i wskazaną przy gruźlicy krtani, która w następstwie tego zabiegu może doznać wstrzymania w swym rozwoju. O ile rozstrzygnięcie co do korzystnego wpływu kolapsoterapji na gruźlicę krtani może paść przedewszystkiem ze strony statystyki (autor podaje tablicę statystyczną, obejmującą 56 przypadków), to sposób interpretacji będzie zależny głównie od zasadniczych poglądów na mechanizm zakażenia krtani. Autor przytacza je na podstawie pracy Colleta p. t. Traité de la tuberculose du larynx. Sprowadzają się one do trzech teorji. 1) Teorja Louisa inokulacji drogą plwociny, 2) teorja zakażenia na drodze naczyń krwionośnych, podana przez Heinzego i 3) teorja limfatyczna Kriega. Zdaniem autora teorja Heinzego „jest najbardziej zgodną z ogólną patologją gruźlicy". Dotychczas zastosowano ją dla wyjaśnienia zakażeń gruźliczych krtani, w wypadkach gruźlicy ostrej (granulie aiguë). Czyż nie można — pyta autor — zastosować jej we wszystkich wypadkach? Autor stara się w swych wywodach wykazać, że na pytanie to należy odpowiedzieć twierdząco. Umiejscowienie częste zmian gruźliczych w okolicy chrząstek nalewkowych jest, zdaniem autora, słabym argumentem za teorją pierwszą, gdyż okolica ta z najrozmaitszych przyczyn — nie mających nic wspólnego z mechanizmem odkrztuszania plwocin — jest dla zakażeń miejscem najmniejszego oporu, sprzyjającem umiejscowieniu zakażenia. Jeśli przyjmiemy teorję hematogeniczną i uwzględnimy mechanizm kolapsoterapii, to zbawienny wpływ jej na gruźlicę krtani, który w rzeczy samej wykazuje statystyka, stanie się dla nas także teoretycznie zrozumiałym. Kolapsoterapia działa bowiem, między innemi, modyfikująco na krążenie krwi (i limfy): „Unieruchomiając płuco, tłumiąc krążenie, barykaduje ona drogi zatorów bakteryjnych".

Autor nie neguje znaczenia i innych czynników jak zabezpieczenie zbawiennego spokoju dla krtani przez stłumienie kaszlu i wykrztuszania, uważa jednak, że zwężenie łożyska naczyniowego, które porównuje z pewnego rodzaju „podwiązaniem" naczyń doprowadzających, odgrywa rolę dominującą. Ze statystyki autora wynika, że w połowie spostrzeganych przypadków gruźlicy krtani (i płuc), leczonych kolapsoterapią zmiany krtaniowe, doznały znacznej poprawy lub wyleczenia. Jestto wynik lepszy, niż da się uzyskać przy leczeniu lokalnem gruźlicy krtani. Umniejszenia doznają te wyniki przez stwierdzenie, że dotyczyły one w pierwszym rzędzie zmian lekkich, jak nacieki i małe owrzodzenia. Autor sądzi, że kolapsoterapia jest środkiem nie do pogardzenia w leczeniu gruźlicy krtani.

Leczenie chirurgiczne otosklerozy. (Sur le traitement chirurgical de l'otosclerose). M. Sourdille.
Revue de laryngologie, d'otol. et de rhin. 1930. T. 51. Nr. 10.

Za podnietą *Holmgrena* i *Baranyego* i niezależnie od *Jenkinsa,* autor opracował metodę, polegającą na stworzeniu sztucznego okienka w kostnym kanale półkolistym poziomym błędnika. Metody te wychodzą z założenia, że przy otosklerozie część objawów, w szczególności szumu w uszach i przytępienia słuchu wynika ze zmian i z upośledzenia funkcji błony okienka przedsionkowego, czyli owalnego. Chodzi tu więc o zastępcze okienko przestrzeni perilymfatycznej błędnika. Modyfikacja metodologiczna autora polega na operacji dwuczasowej. Za pierwszym razem wykonuje się „atticotympanotomię". Polega ona na atticotomii z rewizją jamy bębenkowej i kosteczek słuchowych — o ile te ostatnie są wybitnie zmienione (zesztywnienie łańcucha kosteczek) wchodzi nawet w rachubę usunięcia kowadełka i główki młoteczka i z plastyką jamy bębenkowej, a mianowicie, przy pomocy płata skórnego z przewodu zewnętrznego odgradza się jamę bębenkową od okolicy szczytu kanału półkolistego. W drugiej fazie trepanuje się okienko wspomniane na wstępie i przykrywa się je plastycznym cienkim płatem skórnym również z przewodu. Definitywna poprawa słuchu (i zmniejszenie szumu), zależy od dobrego udania się tej plastyki. Podane przez auto-

ra wyniki dotyczą 6 przypadków definitywnych i 13 przypadków w krótkim okresie obserwacji i brzmią zachęcająco. Wymagana technika jest bardzo miniaturowa i delikatna.

A.Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY NERWOWE

Zaburzenia psychoruchowe pochodzenia mózgowego. Hypertonja, ruchy automatyczne i sen kataleptyczny. H. Klaude i H. Baruk.

La Presse Médicale, 1931, Nr. 14, str. 233.

Zaburzenia ruchowe dzielą się na 4 grupy: zaburzenia pyramidowe, pozapyramidowe, psychoruchowe organiczne i psychoruchowe nieorganiczne.

W przypadkach cierpień organicznych mózgu (lues cerebri, arteriosclerosis cerebri) występuje hypertonja niezwykła o cechach następujących: 1) z wyglądu przypomina skurcz dowolny bardzo energiczny, 2) natężenie przykurczu wzrasta z natężeniem zamroczenia psychicznego. Wraz z hypertonją występuje katalepsia i ruchy automatyczne wahadłowe, które również ustają z chwilą przebudzenia chorego. Różniczkowanie stanów tych z zaburzeniami pochodzenia pyramidowego jest łatwe i zasadza się na zależności ze stanem psychicznym i braku objawów pyramidowych. Zaburzenia ruchowe pochodzenia pozapyramidowego w odróżnieniu od zaburzeń psychoruchowych podlegają wpływowi scopolaminy, pod której działaniem ustępują lub znacznie zmniejszają się, natomiast nie zależą od stanu psychicznego chorego. Znacznie trudniejsze jest różniczkowanie zaburzeń psycho-ruchowych organicznych od nieorganicznych: zaburzenia psycho-ruchowe organiczne są o wiele głębsze i uporczywsze od funkcjonalnych.

Wyleczenie przewlekłego nerwobólu twarzy zapomocą alkoholizacji zwoja Gassera przez otwór owalny. N. Topas.

La Presse Médicale. 1931. Nr. 14, str. 239.

Autor podaje dwie drogi dla alkoholowego zniszczenia zwoju *Gassera:* droga boczna prowadzi pod kością jarzmową i droga dolna pod szczęką. Niema przeciwskazań. Może być stosowane nawet w wieku podeszłym i przy złym stanie ogólnym.

Zostały opisane następujące komplikacje krwawienie przez igłę wraz ze wzdęciem policzka, łatwo daje się zatrzymać przez ucisk palcem i opatrunkiem uciskowym. Zawroty głowy, wymioty występują zwłaszcza przy stosowaniu drogi dolnej, zależą od wprowadzenia alkoholu do jamy czaszkowej, trwają dni kilkanaście i przechodzą same bez śladu. Stosunkowo często występuje wrzodziejące zapalenie rogówki wskutek zaburzeń odżywczych i czuciowych. Czasowe zszywanie powiek prowadzi do wyleczenia. Rzadziej mamy do czynienia z porażeniem twarzy lub porażeniem mięśni oka, które leczą się również samoistnie.

Według autora zabieg jest łatwy, daje się wykonać bez większego zachodu w gabinecie lekarza.

Grzybica kropidlakowa mózgu. E. Moniz i R. Loff.

La Presse Médicale. 1931. Nr. 15, str. 273.

Obserwacja 44-letniej kobiety.

Ciężkie irido-cyclitis oka lewego, później ślepota i silne bóle w oku. Ani bólów głowy, ani wymiotów. Natomiast splątanie psychiczne i bredzenie. Otępienie intelektualne. Połowicze porażenie prawostronne z udziałem twarzy. W płynie m. rdz. pleocytosa (61,8). Badanie pośmiertne wykryło ognisko rozmiękczeniowe okolicy czołowej lewej, które zajmowało centrum semiovale, ncl. caudatus i capsula interna i zawierało grzybek.

Wnioski. Grzybica kropidlakowa mózgu (aspergillosis cerebri) może trwać dość długo. Grzybek może przeniknąć do mózgu przez oko. Stwierdzenie grzybicy oka wymaga bezzwłocznego leczenia, żeby zapobiedz przeniesieniu zakażenia do mózgu.

Budowa nerwów. R. Lutembacher.

La Presse Médicale. 1931. Nr. 15. str. 278.

Włókna nerwowe rdzenia są to rurki napełnione płynem lepkim, który dostosowuje się do konturów rurki, są to przewodniki łączące komórki nerwowe z mięśniami. Płyn przemieszcza się w nich podobnie, jak w sphygmoscopach *Marey'a.* Z punktu widzenia chemicznego podrażniona komórka nerwowa wydziela substację czynną, wszczególności koncentruje elektrolyty, mianowicie wapień i potas. Można wreszcie przypuszczać, że przewodniki elektrolityczne podlegają polaryzacji.

Leczenie bredzenia alkoholowego dużemi dawkami strychniny. P. H. Pagnier i P. Chaton.

La Presse Médicale. 1931. Nr. 17. str. 297.

W 1873 roku *Alfred Luton* wprowadził do lecznictwa alkoholizmu wronie oko i strychninę. Specyficzne działanie przeciwalkoholowe strychniny zostało wkrótce zapomniane. Wobec tego, że strychnina zostaje bardzo szybko wydzielona przez organizm, to należy ją podawać w małych lecz częstych dawkach. Sol. strychnini sulfurici 1‰ — 2 gramy co 3 godziny powtarzane w zastrzykach, nawet co 2 godziny, do 10—16 milligramów na dobę daje znakomite wyniki.

Chory uspakaja się w ciągu 24, najwyżej 48 godzin, wyjątkowo potrzeba dłuższego czasu. Równocześnie podaje się w obfitości wodę lub rumianek. Działanie strychniny jest tak swoiste, że brak wyniku leczniczego powinien zwrócić uwagę na rozpoznanie, które w takich przypadkach okazuje się błędnem.

Dr. Z. Messing.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przyczynek do „Vitiligo" (Histoire instructive d'un vitiligo). G. Milian.

Paris Méd. 1931, Nr. 10.

U kobiety 18-o letniej wystąpiły w czasie ciąży rozległe zmiany białacze na całem ciele. W 36-ym roku życia, to znaczy w 18 lat potem, nie

przedstawiała żadnych ani klinicznych, ani serologicznych objawów kiłowych, istniał natomiast u niej zespoł objawów charakteryzujących poronną postać choroby Basedowa, nieznaczny wytrzeszcz gałek, wrażliwość psychiczna i naczynioruchowa, bezsenność, tętno szybkie.

Autor zbadał dokładnie rodzinę chorej i znalazł u osiemnastoletniej córki chorej stygmaty kiły wrodzonej, u męża chorej w wywiadach i w odczynach serologicznych również potwierdzenie swego przypuszczenia co do podłoża kiłowego w tym przypadku.

Balanitis diabethica. (Balanite diabétique). B e l g o d é r e.
Paris Méd. 1931. Nr. 10.

Wypryskowe zmiany na napletku są niekiedy jedynym klinicznym objawem cukrzycy. Zmiany te mogą w przebiegu cukrzycy umiejscowić się w każdem miejscu, ze szczególną jednak skłonnością sadowią się w miejscu gdzie istnieje ustawiczne drażnienie skóry przez wydzielanie moczu zawierającego cukier. Zmiany są podobne do zmian zapalnych bakteryjnych, różnią się jednak od nich tem, że naciek jest stosunkowo nieznaczny, natomiast skutkiem długotrwałości procesów toczących się w skórze (acanthosis, parakeratosis, pachydermia, sclerosis) utrata elastyczności napletka jest tak znaczna, że wywołuje znacznego stopnia stulejkę.

Promieniste pęknięcia brzegu napletka występujące przy najsłabszym nawet naciąganiu napletka są również cechą charakterystyczną dla cukrzycowych wyprysków i różnią te przypadki od jakichkolwiek innych zmian zapalnych napletka. W końcu przewlekłość tych zmian jest dla cukrzycy bardzo znamienna.

Jako powikłania mogą wystąpić zaostrzenia stanu zapalnego skutkiem wtórnych zakażeń najczęściej ropnych, wegetacje na napletku, zgorzel stosunkowo rzadka, którą spostrzegano niekiedy po operacyjnym usunięciu stulejki.

Leczenie: oprócz właściwego ogólnego należy zawsze stosować i miejscowe. W przypadkach ostrych i zaostrzonych okłady, alkaliczne zmywania i następowo obojętne pasty. W przypadkach przewlekłych należy stosować środki lekko redukujące (ichtyol, ol. cadini), zwykłe zasypki obojętne.

Stulejkę należy leczyć alkalicznemi lub antyseptycznemi przemywaniami podnapletkowemi (ac. boric. kal. hyperm.). Należy chorego pouczyć aby przy oddawaniu moczu nie opłukiwał skóry otaczającej ujście cewki, gdyż drażniące działanie moczu, zawierającego cukier jest szkodliwe.

Dr. Z. Jastrzębska.

K R O N I K A.

UCHWAŁY IV. OGÓLNOPOLSKIEGO ZJAZDU PRZECIWGRUŹLICZEGO W ZAKOPANEM

w dniu 20 — 22.IX.1931 r.

1) IV Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się z gorącem wezwaniem do Rządu Rzeczypospolitej, aby w okresie przeżywanego bezrobocia, związanej z nim nędzy a w następstwie tego — groźnego szerzenia się gruźlicy, nie redukował sum przeznaczonych na akcję przeciwgruźliczą oraz do całego społeczeństwa polskiego, aby w tym krytycznym momencie zechciało nie zmniejszać swej ofiarności na cele walki z gruźlicą, tą największą klęską społeczną.

2) Wobec istniejących warunków ekonomicznych kraju i spowodowanego tem niedostatecznego wyzyskiwania łóżek posiadanych w sanatorjach społecznych, IV Zjazd ostrzega przed tworzeniem luksusowych sanatorjów, a zwłaszcza t. zw. pseudo-sanatorjów. Natomiast wyraża przekonanie, że najbardziej celowem jest urządzanie sanatorjów i szpitali-sanatorjów z możliwie niską opłatą.

3) Zjazd wzywa wszystkie instytucje rządowe, samorządowe, społeczne oraz zakłady ubezpieczeń do jaknajrychlejszego scalenia dotychczas przez siebie prowadzonej akcji przeciwgruźliczej w łonie istniejących terytorjalnych towarzystw przeciwgruźliczych, zrzeszonych w Polskim Związku Przeciwgruźliczym. Wzorem scalonej akcji może służyć organizacja Naczelnej Rady Walki z Gruźlicą w Łodzi.

4) Zjazd uważa za celowe organizowanie specjalnych zakładów dla gruźliczo chorych wspólnemi siłami wszystkich instytucyj, biorących udział w walce z gruźlicą. Zakłady przeznaczone dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, wymagających dłuższej kuracji, powinny dawać im możność fachowego przekształcania się do zawodów odpowiednich do ich stanu zdrowia.

5) Zjazd zwraca się z prośbą do Władz Rządowych, aby w możliwie krótkim czasie został zrealizowany projekt Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dotyczący budowy gimnazjum o charakterze ściśle sanatoryjnym w klimacie górskim, uważając dotychczasowy brak takiego zakładu za poważną lukę na froncie walki z gruźlicą w Polsce.

6) Celem ustalenia nazw zakładów leczniczych o typie społecznym, IV Zjazd uchwala:

a) Pod nazwą „Sanatorjum dla chorych na gruźlicę“ rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, dający przez swoje położenie i urządzenie możność stosowania, prócz innych metod leczniczych, również i terapji klimatyczno-djetetycznej przy odpowiednim reżimie. Sanatorjum powinno przyjmować wyłącznie takich chorych na gruźlicę, którzy potrzebują leczenia, a stan których rokuje osiągnięcie możliwie trwałej poprawy.

b) Pod nazwą „Szpitala-Sanatorjum dla chorych na gruźlicę“ rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, odpowiednio położony i urządzony, przeznaczony do leczenia i izolowania wszelkich postaci gruźlicy, do nieuleczalnych włącznie. Poza innymi oddziałami zakład ten powinien posiadać oddziały ob-

serwacyjno - segregacyjny, chirurgiczny i dla chorych nieuleczalnych.

7). Ponieważ w walce społecznej z gruźlicą niezmiernie doniosłe zadanie przypada pracy wychowawczo - profilaktycznej nad młodem pokoleniem, przeto IV. Zjazd wyraża nadzieję, że, zniesiona ze względów oszczędnościowych, instytucja lekarzy szkolnych będzie przy poprawie stosunków ekonomicznych w państwie na nowo wprowadzona.

8) IV. Zjazd uchwala konieczność wprowadzenia w państwie „Ustawy Przeciwgruźliczej“ i wzywa Rząd do jak najrychlejszego wniesienia do Sejmu projektu takiej ustawy.

9) IV. Zjazd wyraża przekonanie:

a) że wszystkie czynniki fachowe, t. j. lekarz wolnopraktykujący, poradnia, szpital i sanatorjum, są uprawnione, a nawet obowiązane, do wspólnego kierowania losem chorego i do walki z gruźlicą,

b) że koszty leczenia chorych na gruźlicę nie mogą naogół obciążać wyłącznie samych chorych, a powinny obowiązywać również odnośne czynniki państwowe, samorządowe i społeczne,

c) że w Polsce powinien powstać Centralny Zakład Badań nad Gruźlicą. Konieczność stworzenia takiego zakładu była już stwierdzona uchwałą III-go Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu,

d) że Zakopane ma warunki stacji górkiej, odpowiednie do leczenia gruźlicy płuc,

e) że w Zakopanem również powinno powstać tanie sanatorjum o charakterze ludowym.

10) IV zjazd wyraża przekonanie, że restytuowanie zniesionego w swoim czasie Ministerstwa Zdrowia Publicznego będzie nietylko z korzyścią dla postępu kultury zdrowotnej w Polsce, ale przyniesie Skarbowi Państwa znaczną oszczędność.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Insulina w leczeniu raków skórnych. Przemiana materji tkanki rakowej jest zupełnie różna od przemiany materji tkanki prawidłowej. Między innemi stwierdzono, że tkanka rakowa pochłania węglowodanów (cukru gronowego) 70 razy więcej, niż większość tkanek zdrowych. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że w przypadkach sztucznie wywołanych raków wyłączenie z diety zwierząt doświadczalnych węglowodanów powodowało zatrzymanie raków w swym rozwoju, a nawet ich cofanie się. Zjawisko to zastosowano praktycznie w stosunku do ludzi. Usunięcie z diety chorych na raka węglowodanów wpłynęłoby ujemnie na stan ich odżywienia, pomijając już to, że ustrój mógłby wówczas wytwarzać sobie węglowodany zastępczo z białek i tłuszczów. Wobec powyższego zwrócono się do insuliny jako środka, który w sposób zupełnie pewny wpływa hamująco na przemianę węglowodanową, obniżając stężenie cukru we krwi, ale nie upośledzając przytem ogólnego odżywiania. *Gomes da Costa* z Lizbony zastosował z wynikiem bardzo dobrym wilgotne okłady z insuliny w kilku przypadkach raka skórnego twarzy. Po oczyszczeniu powierzchni owrzodzenia rakowego ze strupków i nalotów (maść rivanolowa), zwilża się ją obficie insuliną i następnie przykrywa gazą, zmoczoną w insulinie. Owrodzenia te goiły się szybko (np. owrzodzenie o powierzchni 1,5 — 2 cm^3 pokryło się naskórkiem w 4 tygodnie), a samo ognisko rakowe ulegało zabliźnianiu, potwierdzonemu następnie przez badanie drobnowidzowe skrawków. Mówić o wyleczalności raków skórnych pod wpływem insuliny byłoby zawcześnie, gdyż badanie histologiczne przypadków klinicznie wyleczonych wykazywało zawsze obecność w bliźnie małych ognisk rakowych. Tem nie mniej efekt leczniczy insuliny w tego rodzaju przypadkach jest niewątpliwy. Dalsze próby są w toku. *(La Presse Méd Nr. 84, 1931).*

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

